



---

## Solicitação de Avaliação Neuropsicológica

---

Nome do beneficiário:

Data de nascimento:

Escolaridade:

Responsável:

---

### Orientações

---

A Avaliação Neuropsicológica consiste em um processo técnico, baseado em princípios éticos e científicos, que tem a interação cérebro-comportamento como fundamento para o processo de avaliação das diversas funções neuropsicológicas.

### Tem como objetivos:

- a. descrever o funcionamento cognitivo, afetivo e comportamental atual do indivíduo, ressaltando suas áreas de forças e dificuldades;
- b. identificar necessidades terapêuticas, recomendar intervenções e apontar resultados possíveis;
- c. contribuir para o diagnóstico diferencial;
- d. monitorar a evolução do tratamento e identificar novas questões que possam requerer atenção profissional.

Fonte: CFP (Conselho Federal de Psicologia). Manual Neuropsicologia: Ciência e Profissão. Brasília, 2023.

---

### Motivo da Solicitação

---



- 
- Investigar comorbidade
  
  - Auxiliar o diagnóstico (diagnóstico diferencial)
  
  - Monitorar evolução da patologia/tratamento
  
  - Entender o funcionamento cognitivo do indivíduo com a finalidade estabelecer técnicas que potencializem sua reabilitação
  
  - Acompanhar e investigar os passos conquistados durante a recuperação cognitiva de uma pessoa que tenha sido diagnosticada com alguma desordem neurológica
  
  - Outros  
Descreva:

---

---

---

---

### Alterações percebidas

---

- Alterações voltadas para a cognição (capacidade de raciocínio, gnosias; capacidade de planejamento e cálculo; abstração, entre outros)
  
  - Alterações de Memória
  
  - Sensopercepção
-

- 
- Atenção
  - Linguagem
  - Comportamento
  - Aprendizagem
  - Habilidades Motoras
  - Habilidades psicopedagógicas
  - Funções executivas
  - Comorbidades genéticas
  - Epilepsia
  - Outros

Descreva:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

### Critérios

---

- Paciente já tem diagnóstico. Qual? \_\_\_\_\_
- Existe suspeita de comorbidade diagnóstica. Qual? \_\_\_\_\_
- Foram solicitados exames. Quais? \_\_\_\_\_



**Paciente já foi encaminhado ao especialista:** ( ) Neurologista ( ) Psiquiatra ( ) Outro.  
Qual \_\_\_\_\_

**Paciente está em acompanhamento médico sistemático há pelo menos 6 meses.**

Paciente em uso de medicação. Qual? \_\_\_\_\_

Paciente em acompanhamento: ( ) Psicólogo ( ) Fonoaudiólogo ( ) Terapeuta Ocupacional ( )  
Fisioterapeuta. ( ) Outro. Qual \_\_\_\_\_

Paciente já realizou ANP anteriormente (há pelo menos 1 ano).

Descreva o motivo da solicitação:

Obs.: Os itens em **negrito** destacam os pré-requisitos para a solicitação.