

REGULAMENTO INTERNO CENTRO DE EQUITAÇÃO TERAPÊUTICA

Capítulo I – Disposições Gerais

Artigo 1.º - Objeto

O presente regulamento tem por objetivo definir as normas específicas de funcionamento, utilização e acesso dos clientes do Centro de Equitação Terapêutica (CET) da Associação Hípica e Psicomotora de Viseu (AHPV).

Artigo 2.º - Âmbito

Este regulamento abrange todos os clientes e colaboradores, nas partes respetivas, do Centro de Equitação Terapêutica do CET.

Capítulo II – Descrição

Artigo 3.º - Atividades

1. A Equitação Terapêutica destina-se aos sócios da AHPV, ou clientes de outras Associações, Instituições Particulares de Solidariedade Social e outras Entidades, com quem a AHPV tenha protocolos estabelecidos;
2. É condição de acesso às atividades desenvolvidas pelo CET, ser comprovadamente portador de deficiência ou necessidades educativas especiais, sendo obrigatória a elaboração dos formulários referidos no artigo 4.º deste regulamento, entregues no ato de inscrição.

Capítulo IV – Utilização das Instalações

Artigo 4.º - Inscrições

1. Para inscrição nas atividades desenvolvidas pelo CET, os clientes deverão reunir as seguintes condições:
 - a) Ser sócio ordinário da AHPV com quotas devidamente regularizadas nos termos dos Estatutos e Regulamento Geral da Instituição;
 - b) Apresentar no ato da pré-inscrição os seguintes documentos:
 - I. Fotografia tipo passe;
 - II. Cópia do documento de identificação e respetiva declaração cedência nos termos da Lei 07/2017 de 05 de Fevereiro;
 - III. Ficha de Inscrição;

- IV. Ficha de Avaliação Médica emitida pelo médico de família ou da especialidade;
- V. Ficha de Autorizações de Imagem e dados para tratamento científico;
- c) Aceitar as condições do contrato de Prestação de Serviços;
- d) Possuir seguro de acidentes pessoais ou, caso não disponha, ser adicionado à apólice da AHPV existente para os mesmos efeitos, mediante o pagamento do valor do prémio à data da inscrição.

Artigo 5.º - Avaliação Equipa Técnica

1. Todos os clientes serão avaliados pela Equipa Técnica logo que rececionados, e no mais curto prazo possível, os documentos referidos no Art.º 4 n.º1 alínea b);
2. A avaliação consiste na análise de todos os fatores conducentes ao preenchimento dos seguintes documentos:
 - a) Ficha de Avaliação físico-motora;
 - b) Questionário de Cliente;
3. De acordo com a avaliação efetuada, a Equipa Técnica delibera sobre a possibilidade de frequência das sessões, validando a inscrição em caso de deferimento, e elaborando o respetivo Programa Individual de Atendimento.
4. O Plano de Atendimento é apresentado ao cliente e/ou respetivo tutor, onde estarão definidos os objetivos terapêuticos, frequência e duração das sessões, bem como a periodicidade das reavaliações.

Artigo 6.º - Reinscrição

1. Durante o mês de Julho, os clientes deverão iniciar o processo de reinserção para o ano letivo seguinte, caso se verifique que beneficiam da continuidade nesta atividade terapêutica. Esta reinscrição envolve:
 - a) De dois em dois anos, preenchimento da Ficha de Avaliação Médica e posterior entrega nos serviços administrativos. A Equipa Técnica reserva-se no direito de solicitar o preenchimento da mesma ficha, sempre que considere pertinente;
 - b) Sempre que possível, a Ficha de Avaliação Médica deverá ser acompanhada de nova Ficha de Avaliação Físico-Motora, para eventual reajuste dos objetivos terapêuticos para o ano letivo seguinte.
2. A reinscrição para cada ano letivo só será validada mediante a regularização dos valores em dívida correspondentes ao ano anterior, eventualmente existentes.

Artigo 7.º - Obrigações de Equipamento

1. É obrigatória a utilização de toque (capacete de segurança para atividades equestres).

2. Estão dispensados do uso do equipamento referido no ponto anterior, os clientes cuja utilização do mesmo possa condicionar a obtenção dos objetivos definidos.

Artigo 8.º - Pagamentos

1. A frequência das sessões de Equitação Terapêutica, implica o pagamento dos valores de inscrição, seguro e mensalidades referentes ao período das atividades, independentemente da assiduidade do cliente.
2. O valor de inscrição é anual e igual ao valor correspondente a uma mensalidade;
3. Os valores das mensalidades são revistos anualmente e aprovados pela Direção da AHPV, de acordo com a respetiva tabela de comparticipação da Direção Geral de Segurança Social (caso haja lugar);
4. O pagamento é efetuado por transferência bancária para a conta da AHPV (Banco Montepio Geral 00360541 9910600524540), até ao dia 8 de cada mês para a conta, identificando o nome do cliente e o mês a que corresponde o pagamento.
5. As mensalidades são pagas em onze meses (de Setembro a Julho inclusive).
6. O cliente perde a sua vaga caso tenha duas mensalidades em atraso. O cliente e/ou tutor serão informados antecipadamente por correspondência no sentido de regularizar a situação até ao final desse mês.

Artigo 9.º - Faltas

1. Todas as faltas dadas por decisão do cliente, implicam sempre o pagamento total das sessões programadas, exceto nas seguintes:
 - a) Falta por motivos de saúde por período superior ou igual a um mês, desde que devidamente justificada mediante declaração médica, sendo cobrada apenas metade da mensalidade;
 - b) Falta por motivos de terapia complementar por período superior ou igual a um mês, desde que devidamente justificadas por relatório médico ou pela equipa responsável pelo tratamento, sendo cobrada apenas metade da mensalidade.
2. A Direção da AHPV está disponível para equacionar situações especiais expostas pela família desde que acompanhadas de declaração médica e desde que a mesma seja apresentada três dias após a sua emissão.
3. Após um mês de faltas injustificadas o cliente perde a sua vaga, sendo notificado o cliente e/ou respetivo tutor por correio eletrónico.

Artigo 10.º - Suspensão das Atividades

1. As atividades do CET poderão ser interrompidas caso se verifiquem as seguintes condições:

- a) Nos feriados nacionais e municipais;
 - b) Situações de alerta laranja decretadas pela Proteção Civil ou Autoridade de Saúde;
 - c) Realização de obras de beneficiação das instalações;
 - d) Realização de eventos de manifesto interesse para os clientes;
 - e) Realização de eventos externos ao CET;
 - f) Durante a paragem anual para vacinação dos cavalos;
 - g) Situações impossíveis de assegurar pela Equipa Técnica;
 - h) Outras de impedimento relevante.
2. Com exceção as situações previstas nas alíneas a) e b), a comunicação da suspensão das atividades será comunicada aos clientes e/ou tutores com a devida antecedência.

Artigo 11.º - Compensações

As faltas efetuadas ao abrigo das alíneas a) e b) do artigo 9.º e do n.º 1 do artigo 10º, serão alvo de compensação em data a acordar entre o cliente e/ou tutor e a Equipa Técnica.

Artigo 12.º - Relatório de Avaliação

No final de cada ano letivo é elaborado um Relatório de Avaliação e preenchido um Protocolo de Avaliação de Continuidade, em que são analisados os objetivos terapêuticos propostos para o cliente e se analisa a pertinência da continuidade das sessões.

Capítulo IV – Normas de Utilização das Instalações e Materiais

Artigo 13.º - Obrigações

Sempre que se encontrem nas instalações do Montebelo-Hípico, os utilizadores deverão cumprir as normas constantes no respetivo regulamento interno.

Artigo 14.º - Equipamento

1. Todos os colaboradores, funcionários e voluntários fazem obrigatoriamente uso de vestuário adequado às atividades que desenvolvem, nos seguintes termos:
 - a) Terapeuta, Auxiliar de Equitação Terapêutica e Voluntários: Pólo, camisola e/ou casaco identificativo da Instituição a distribuir pelo órgão de gestão da mesma, calças de equitação ou calças de algodão de cor única e neutra, calçado adequado à época;

- b) Professor de Equitação: Pólo, camisola e/ou casaco identificativo da Instituição a distribuir pelo órgão de gestão da mesma, calças e calçado de equitação;
 - c) Tratador Equestre: Pólo, camisola e/ou casaco identificativo da Instituição a distribuir pelo órgão de gestão da mesma, calças de trabalho em pano e calçado de trabalho com biqueira em aço.
2. É expressamente proibida a utilização de óculos de sol por parte dos colaboradores, funcionários e voluntários no decurso das sessões de equitação terapêutica.

Artigo 14.º - Informações

1. Existe um Livro de Reclamações neste CET, que poderá ser consultado a pedido;
2. O cliente e/ou tutor poderão, a qualquer momento, solicitar uma reunião para avaliação de situações que surjam durante o ano letivo. Esta reunião deverá ser marcada junto da Direção.

Capítulo V – Disposições Finais

Artigo 15.º - Casos Omissos

A resolução de casos omissos ou dúvidas são da competência da Direção da AHPV.

Artigo 16.º - Alterações

O presente Regulamento poderá ser alterado, caso a Direção da AHPV, tendo em consideração a evolução dos serviços, bem como a melhoria da qualidade dos serviços a prestar aos clientes.

Capítulo VI – Anexos

- 1- Constituem anexos ao presente Regulamento os seguintes documentos cujo objetivo e forma de utilização são os descritos nos respetivos artigos anteriores:
- a) Ficha de Inscrição;
 - b) Ficha de Avaliação Médica;
 - c) Ficha de Avaliação Físico-Motora;
 - d) Ficha de Autorizações de Imagem e dados para tratamento científico;
 - e) Questionário de Cliente;
 - f) Ficha de Programa Individual de Tratamento.

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome do Cliente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Cartão de Cidadão: _____

NIF: _____ Contacto: _____

Morada: _____

E-mail: _____

FILIAÇÃO

Nome da mãe: _____

Morada: _____

Contacto: _____ Email: _____

Profissão: _____ Contacto trabalho: _____

Nome do pai: _____

Morada: _____

Contacto: _____ Email: _____

Profissão: _____ Contacto trabalho: _____

EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTACTAR: _____

DOENÇAS/ALERGIAS/CUIDADOS ESPECIAIS: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

1. DADOS DO AVALIADO

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: ___ Peso: ___ Altura: _____

Diagnóstico: _____ Etiologia: _____

Tipo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

2. DADOS DO AVALIADOR

Nome: _____ Cédula Profissional: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

É seu paciente habitual? _____ Há quanto tempo? _____

I. ASPETOS GERAIS

O PACIENTE TEM:

1) Lesão Cerebral?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
2) Distúrbio muscular?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
3) Distúrbio de marcha?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
4) Epilepsia?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
5) Linguagem oral?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
6) Deficit cognitivo?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

II. ALTERAÇÕES

Indique as alterações que correspondem ao seu paciente, de acordo com a sua resposta nos itens anteriores.

1) LESÃO CEREBRAL POR:

isquemia hemorragia tumor mal formação TCE

2) DISTÚRBO MUSCULAR POR:

lesão periférica lesão central

2.1) Em função disso, ele apresenta:

atrofia hipotonia hipertrofia das fraqueza muscular
panturrilhas generalizada

2.2) O membro ou os membros afetados são:

Superiores: esquerdo direito ambos
Inferiores: esquerdo direito ambos

3) DISTÚRBO DE MARCHA

3.1. Tipo:

ceifante atáxica Talonante Espástica e pequenos passos

3.2 Classificação

hemiplégico hemiparético tetraparético paraparético
cerebral parkinsoniano

4) EPILEPSIA

está controlada parcialmente controlada usa monoterapia
usa politerapia

4.1. Apresenta crises generalizadas

tcg clônicas mioclônicas atônicas ausências

4.2. Apresenta crises

Sim Não **parciais:**

facial

hemisfério: direito esquerdo

envolve somente o membro superior:

direito esquerdo

Envolve somente o membro inferior:

Direito Esquerdo

4.3. Presença de aura:

Sim Não Que tipo: _____

5) LINGUAGEM ORAL

4.1. O desenvolvimento da linguagem foi normal?

Sim Não

4.2. Causa do déficit de linguagem

Distúrbio psíquico Deficiência sensorial

6) DÉFICIT COGNITIVO

6.1. entende ordens

Sim

Não

às vezes

6.2 atende ao comando verbal

Sim

Não

às vezes

6.3 apresenta distúrbio de compreensão	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
6.4 tem distúrbio de atenção	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
6.5 tem hiperactividade	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
6.5 frequenta ensino especial	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

IV. INDICAÇÃO MÉDICA

JUSTIFICAÇÃO PARA A PRÁTICA DA EQUITAÇÃO TERAPEUTICA

Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura

FICHA DE AVALIAÇÃO FÍSICO-MOTORA

1. DADOS DO AVALIADO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ____ Peso: ____ Altura: _____

2. DADOS DO AVALIADOR

Nome: _____ Cédula Profissional: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

É seu paciente habitual? _____ Há quanto tempo? _____

3. QUEIXA PRINCIPAL

4. Diagnóstico Clínico

5. FISIODIAGNÓSTICO

6. ANAMNESE (pré, peri e pós-natal)

7. HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO MOTOR

Controlo cervical e de tronco: _____

Rolar: _____

Gatinhar: _____

Deambular: _____

8. ROTINA DIÁRIA /AVD

9. EXAME FÍSICO

a. Inspeção: _____

b. Palpação/Trofismo Muscular: _____

c. Desenvolvimento neuro-psico-motor (DNPM) – preencher com:

P - Presente **A** – Ausente

N - Normal **AN** – Anormal e comentar se for o caso

1) **Atitude:**

Assimétrica _____

Simétrica _____

Deitada Espontânea _____

Ativa Espontânea _____

2) **Equilíbrio Estático:**

Sustento da Cabeça _____

Simétrica _____

Sentada - sem apoio _____

com apoio _____

Posição ortostática – sem apoio _____

com apoio _____

Posição militar – olhos abertos _____

olhos fechados _____

Em um pé só – olhos abertos _____

olhos fechados _____

7) **Equilíbrio Dinâmico:**

Gatinhar _____

Marcha voluntária _____

Saltar com dois pés juntos _____

Correr desviando obstáculos _____

8) **Motricidade**

Alcance de objetos _____

Preensão de objetos _____

Usos bi-manual _____

Negligência de membro _____

Alimenta-se _____

Higieniza-se _____

Veste-se _____

9) **Foça Muscular (oposição)**

Membros superiores _____ Membros inferiores _____

10) **Coordenação motora**

Prova mão – objeto _____

Prova mão – lenço no rosto _____

Dedo – lóbulo da orelha _____

Dedo – nariz _____

Calcanhar – objeto _____

Hálux – objeto _____

11) **Coordenação Dinâmica**

No gatinhar _____ Na marcha _____

12) **Preensão Voluntária**

Palmar _____ Pinça _____

13) **Coordenação Tronco – membros**

Sentado _____ Deitado _____

14) **Tónus muscular** – descreva _____

15) **Movimentação**

Passiva _____

Automática: Respiração _____ Deglutição _____

Mastigação _____ Controle esfinteriano _____

16) **Disartria** _____

17) **Involuntária Espontânea** _____

18) **Involuntária Reflexa** _____

19) **Atividade Reflexas Primitivas** _____

20) **Sensibilidade (geral superficial)**

Táctil _____ Térmica _____ Dolorosa _____

21) **Esterognosia** _____

10. QUADRO COGNITIVO E LINGUAGEM

11. SISTEMA RESPIRATÓRIO

Data: ____/____/____

Assinatura

FICHA DE AUTORIZAÇÕES

1- IMAGEM

Autorizo

Eu, responsável Não Autorizo

A divulgação de imagem do cliente _____, portador do CC n.º _____. A Associação Hípica e Psicomotora de Viseu poderá utilizar e reproduzir as imagens colhidas por vídeo e fotografia durante a terapia para divulgação dos benefícios da Equitação Terapêutica em material impresso, congressos, atividades educacionais, redes sociais e site oficial.

Viseu, ____ de _____ de _____

Assinatura do responsável

Autorizo

Eu, responsável Não Autorizo

A Equipa multidisciplinar da Associação Hípica e Psicomotora de Viseu, a utilizar os registos e as avaliações do cliente acima mencionado para estudo e pesquisas científicas.

Viseu, ____ de _____ de _____

Assinatura do responsável

QUESTIONÁRIO DE CLIENTE

3. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Escola: _____ Ano de frequência: _____

Morada/Escola: _____

Contacto/Escola: _____

4. DADOS DO FAMILIA

Nome	Vivo/falecido	Idade	Estado civil	Escola	Profissão	Coabita	Estado saúde
Pai:							
Mãe:							
Irmãos:							
Outros							

5. AMBIENTE SOCIAL DO CLIENTE:

Relacionamentos:

Na família:

Ótimo _____

Satisfatório _____

Não satisfatório _____

(obs): _____

Com os amigos:

Ótimo _____

Satisfatório _____

Não satisfatório _____

(obs): _____

Na Escola

Ótimo _____

Satisfatório _____

Não satisfatório _____

Brinca em grupo? _____ Cumprimenta? _____

Senta-se adequadamente à mesa? _____

(obs): _____

6. DESENVOLVIMENTO DO CLIENTE

- Condições de Gestação: Normal _____ Complicações _____

Quais? _____

Abortos anteriores: Sim (____) Não (____)

- Condições do parto: Normal (____)
Cesariana (____)
Prematura (____)
Fórceps (____)
Outros (____)

Quais? _____

- Com que idade: Gatinhou? _____

Andou? _____

Falou? _____

- Equilíbrio: Mantém a cabeça erguida? (____) Sim (____) Não

Caminha sem arrastar os pés? (____) Sim (____) Não

Anda em linha reta? (____) Sim (____) Não

Imita movimentos simples de braços, pernas e tronco? (____) Sim (____) Não

Nomeia as partes do corpo? (____) Sim (____) Não

- Funções Sensoriais:

Visão: Boa (____) Moderada (____) Ausente (____)

Audição: Boa (____) Moderada (____) Ausente (____)

Olfato: Boa (____) Moderada (____) Ausente (____)

Paladar: Boa (____) Moderada (____) Ausente (____)

Tato: Boa (____) Moderada (____) Ausente (____)

Fala: Boa (____) Moderada (____) Ausente (____)

- Funções Intelectuais:

Reconhece cores? Sim (____) Não (____)

Quais? _____

Formas geométricas: Sim (____) Não (____)

Quais? _____

- Descrimina:

Igual e diferente? Sim (____) Não (____)

Pequeno e grande? Sim (____) Não (____)

Esquerda e Direita? Sim (____) Não (____)

Em cima e em baixo? Sim (____) Não (____)

Atrás e à frente? Sim (____) Não (____)

Perto e longe? Sim (____) Não (____)

Sons fortes e fracos? Sim (___) Não (___)
Manuseia lápis? Sim (___) Não (___)

• Obedece:

Ordens simples: Sim (___) Não (___)

Ordens complexas Sim (___) Não (___)

• Reconhece letras: Sim (___) Não (___)

• Lê: Sim (___) Não (___)

• Escreve: Sim (___) Não (___)

Obs: _____

7. SAÚDE DO CLIENTE:

• Condições de Sono:

Tranquilo (___) Inquieto (___) Pavor Noturno (___)

Pesadelos (___) Insónia (___) Sonambulismo (___)

Excessivo (___) Fala quando dorme (___)

• Fraturas:

Quando? _____

Em que segmento do corpo? _____

8. SINTOMAS CLÍNICOS ATUAIS OU FREQUENTES:

Alergias (___)	Bronquite (___)
Problemas digestivos (___)	Cansaço físico (___)
Angústia (___)	Cansaço Físico (___)
Falta de apetite (___)	Excesso de apetite (___)
Vertigens (___)	Tremores (___) Dores (___)
Dificuldade de respirar (___)	Asma (___)

Especifique: _____

9. MEDOS E FOBIAS:

Lugares Fechados (___)

Andar na rua (___)

Viagens (___)

Animais (___) Quais? _____

Lugres movimentados (___)

Alturas (___)

Outros (___) Especifique? _____

10. ASPECTO SEXUAL

Masturbação:

Na infância (____) Na adolescência (____) Atualmente (____)

Obs: _____

11. TRAMENTO COM OU SEM INTERNAMENTO:

a) Com internamento: Sim (____) Não (____)

Qual a especialidade: _____

Motivo: _____

Medicamentos recebidos: _____

b) Sem internamento: Sim (____) Não (____)

Qual a especialidade: _____

Duração e forma de tratamento: _____

Frequência das sessões: _____

Atualmente toma medicamentos? Quais? _____

Obs: _____

12. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA:

Lava as mãos sozinho	Sim (____)	Não (____)	C/ auxílio (____)
Usa corretamente a sanita	Sim (____)	Não (____)	C/ auxílio (____)
Escova os dentes adequadamente	Sim (____)	Não (____)	C/ auxílio (____)
Usa talheres	Sim (____)	Não (____)	C/ auxílio (____)
Despe-se e Veste-se sozinho	Sim (____)	Não (____)	C/ auxílio (____)
Aperta os atacadores	Sim (____)	Não (____)	C/ auxílio (____)
Responde quando chamado p/ nome	Sim (____)	Não (____)	C/ auxílio (____)
Come sozinho	Sim (____)	Não (____)	C/ auxílio (____)

Outras: _____

13. O QUE O CLIENTE MAIS GOSTA DE FAZER?

14. O QUE O CLIENTE NÃO GOSTA?

15. QUAIS AS ACTIVIDADES EM QUE PARTICIPA ALÉM DA EQUITAÇÃO TERAPÊUTICA?

16. QUAIS AS EXPETATIVAS EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO NA EQUITAÇÃO TERAPÊUTICA?

17. OUTRAS OBSERVAÇÕES JULGADAS POR CONVENIENTES:

Data: ____/____/____

Assinatura

FICHA DE PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

18. CONSTITUIÇÃO DA EQUIPA

_____ ; _____ ; _____
_____ ; _____ ; _____

19. DADOS PESSOAIS DO CLIENTE: (desconsidere a idade cronológica)

20. DIAGNÓSTICO: (defina a patologia de forma breve)

21. OBJETIVO DO PROGRAMA

a) Geral:

b) Específicos:

22. CAVALO E MATERIAL (justificação)

23. AUXILIAR (es) (justificação):

24. NÚMERO E DURAÇÃO DAS SESSÕES SEMANAIS (justificação):

25. CUIDADOS ESPECIAIS E PRECAUÇÕES:

26. CRITÉRIOS PARA REAVALIAÇÕES: (estabeleça um instrumento de avaliação e o intervalo entre o pré-teste e o pós-teste)

27. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Data: ____/____/____

Assinatura

Aprovado em Assembleia Geral aos 28 dias do mês de Dezembro de 2017

A PRESIDENTE DA ASSEMBLEIA GERAL

(Joana Patrícia Marques Coimbra)