

Data de inscrição: Inscrição Renovação

Motivo de inscrição: Permanente Temporária

Justificação: _____

Data de admissão: _____

Data da saída: _____

Motivo: _____

1. ELEMENTOS DO UTENTE

Nome completo: _____

Nome a ser tratado: _____

Data de Nascimento: _____

Idade: _____

Estado Civil: _____

N.º de Filhos: _____

Habilitações Literárias: _____

Profissão Exercida: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Localidade: _____

Telefone Fixo: _____

Telemóvel: _____

2. DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

N.º Identificação Civil: _____

Validade: _____

N.º Identificação Fiscal: _____

N.º Identificação da Segurança Social: _____

N.º de Utente: _____

3. CONTEXTO HABITACIONAL

Há quantos anos vive no seu local de Residência atual?

Tem um quarto só para si?

Sim

Não

Partilha com quem?

4. COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

| O Utente vive: | | Isolado <input type="checkbox"/> | | Em Agregado <input type="checkbox"/> | |
|-----------------------|-------|----------------------------------|-------------------|--------------------------------------|------------------------|
| Nome | Idade | Parentesco | Vive com o utente | | Meio de Vida Principal |
| | | | Sim | Não | |
| Utente: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

5. SITUAÇÃO SOCIAL

| | | | |
|-------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Residência | Própria <input type="checkbox"/> | Alugada <input type="checkbox"/> | Família <input type="checkbox"/> |
| Residência | Boa <input type="checkbox"/> | Suficiente <input type="checkbox"/> | Má <input type="checkbox"/> |
| Habita | Só <input type="checkbox"/> | Acompanhado <input type="checkbox"/> | Com quem: |

6. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATOS DA PESSOA SIGNIFICATIVA DO UTENTE

| | | | |
|--|-------|----------------------------|-------|
| Nome P. Significativa: | _____ | | |
| Grau de Parentesco: | _____ | Data de nascimento: | _____ |
| Morada: | _____ | | |
| Código Postal: | _____ | Localidade: | _____ |
| Contacto telefónico: | _____ | Email: | _____ |
| Alguém próximo frequenta instituição? | _____ | | |
| Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição? | _____ | | |
| Nome P. Significativa: | _____ | | |
| Grau de Parentesco: | _____ | Data de nascimento: | _____ |
| Morada: | _____ | | |
| Código Postal: | _____ | Localidade: | _____ |
| Contacto telefónico: | _____ | Email: | _____ |
| Alguém próximo frequenta instituição? | _____ | | |
| Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição? | _____ | | |

7. INFORMAÇÃO

Nome do Médico Família: _____

Centro de Saúde: _____

Contato: _____

Seguro de Saúde: _____

Médico de Especialidade:

Cardiologista

Neurologista

Nefrologia

Ginecologista

Outra

Alergias: _____

Intolerância: _____

8. PROBLEMAS DE SAÚDE

| | | | | | | | |
|--------------------|--|-------------------|--|-----------------|--|------------|--|
| Respiratórios | | Intestinais | | Padrão de Sono | | Reumatismo | |
| Urinários | | Diabetes | | HTA | | Quais | |
| Aparelho Locomotor | | Infeto-contagiosa | | Sistema Nervoso | | | |
| Auditivos | | Cancerígena | | Depressivos | | | |
| Cardíacos | | Demência | | Visão | | | |

9. MEDICAÇÃO E INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

| Nome medicamento | Jejum | P. Almoço | Almoço | Lanche | Jantar | Deitar |
|------------------|------------------------------|-----------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Medicação S.O.S. | | | | | | |
| Nome medicamento | Descrição da situação S.O.S. | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

10. CONDIÇÃO DE SAÚDE

| | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| Situação: | Independente <input type="checkbox"/> | Ajuda Parcial <input type="checkbox"/> | Dependente <input type="checkbox"/> |
| Causa da Incapacidade: | Congénica <input type="checkbox"/> | Adquirida <input type="checkbox"/> | |
| Ajudas Técnicas: | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Qual: <input type="checkbox"/> |
| Tipo de Ajuda: | Alimentação <input type="checkbox"/> | Higiene <input type="checkbox"/> | Mobilização <input type="checkbox"/> |
| Doenças Crónicas: | _____ | | |

11. IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES ESPECIAIS

| | Assinalar quando aplicável |
|--|----------------------------|
| Atividades sensoriais | |
| Fala | |
| Exprime-se sem dificuldades | |
| Exprime-se com dificuldades | |
| Visão | |
| Vê sem dificuldades | |
| Vê com dificuldades | |
| Vê com dificuldades severas ou não vê | |
| Audição | |
| Ouve sem dificuldades | |
| Ouve com dificuldades | |
| Ouve com dificuldades severas ou não ouve | |
| Atividades locomotoras | |
| Transferência | |
| Efetua sem dificuldades | |
| Necessita de ajuda parcial ou de apoio | |
| Deslocação no domicílio | |
| Efetua sem dificuldades | |
| Necessita de ajuda humana ou técnica (bengala, andarilho) | |
| Necessita de cadeira de rodas | |
| Espaço de vida | |
| Possível, no exterior ou em casa | |
| Limitado ao domicílio | |
| Limitado à cama | |
| Trabalho doméstico | |
| Faz sem dificuldades | |
| Necessita de ajuda parcial ou de apoio | |
| Necessita de ajuda total | |
| Atividades Mentais, Cognitivas e Comportamentais | |
| Memória | |
| Recorda factos ou acontecimentos sem dificuldades | |
| Esquecimentos mais ou menos frequentes | |
| Amnésia | |
| Orientação espacial | |
| Identifica os locais onde está | |
| Identifica com dificuldade/precisa de apoio a identificar os locais onde está | |
| Não identifica onde está | |
| Orientação temporal | |
| Identifica os elementos de caracterização temporal | |
| Identifica com dificuldades/precisa de apoio a identificar os elementos do tempo | |
| Não identifica os elementos de caracterização temporal | |

| Comportamento | Assinalar quando aplicável |
|--|----------------------------|
| Normal | |
| Tristeza ou irritabilidade | |
| Apatia | |
| Agressividade | |
| Comunicação | |
| Comunica verbalmente com fluidez, expondo as suas ideias com clareza | |
| Comunica verbalmente com dificuldades | |
| Comunica através da língua gestual portuguesa | |
| Outras atividades | |
| Administrar do dinheiro | |
| Sem ajuda | |
| Necessita de ajuda parcial ou de apoio | |
| Necessita de ajuda total | |
| Usar o telefone/telemóvel | |
| Sem ajuda | |
| Necessita de ajuda parcial ou apoio | |
| Necessita de ajuda total | |

| 12. SERVIÇOS A MOBILIZAR | | | | | | | | | | |
|--|-------|--------|---------------|---------------|---------|-----------|--------|------------|----|----|
| Serviços Solicitados | Quais | Quando | | Períodicidade | | | | Frequência | | |
| | | Semana | Fim de Semana | Diária | Semanal | Quinzenal | Mensal | 1x | 2x | 3x |
| Fornecimento de refeições | | | | | | | | | | |
| Refeições | | | | | | | | | | |
| Apoio na refeição | | | | | | | | | | |
| Higiene Pessoal e Conforto | | | | | | | | | | |
| Higiene Pessoal | | | | | | | | | | |
| Muda de fralda | | | | | | | | | | |
| Banho completo | | | | | | | | | | |
| Cortar unhas mãos e pés | | | | | | | | | | |
| Aplicar creme | | | | | | | | | | |
| Pentear | | | | | | | | | | |
| Higiene Habitacional | | | | | | | | | | |
| Limpeza geral | | | | | | | | | | |
| Mudar roupa da cama | | | | | | | | | | |
| Tratamento de roupas | | | | | | | | | | |
| Recolha para higienização | | | | | | | | | | |
| Entrega e acomodação da roupa | | | | | | | | | | |
| Atividades de animação e socialização | | | | | | | | | | |
| Animação | | | | | | | | | | |
| Transportes | | | | | | | | | | |
| Apoio na aquisição de bens e serviços | | | | | | | | | | |
| Acompanhamento ao exterior | | | | | | | | | | |
| Outro. Qual? | | | | | | | | | | |

13. SITUAÇÃO ECONÓMICA

Pensão:

Despesas:

Cálculo da
mensalidade:

14. DOCUMENTOS A ENTREGAR

Foram entregues todos os documentos:

Sim:

Não:

Assinale os documentos em falta à data da Inscrição:

Cartão de Cidadão:

Bilhete de Identidade:

NIF:

NISS:

Cartão de Utente:

Boletim de vacinas atualizado:

Relatório médico, com descrição das patologias, bem como, a administração terapêutica:

Declaração Anual de Pensão:

Declaração comprovativa de rendimentos: IRS do utente ou do agregado:

15. ASSINATURAS E DATA

Utente (Quando Aplicável)

Pessoa Significativa

Responsável pela Entrevista