

Coração Jovem - Serviço de Apoio Domiciliário



Ficha de Inscrição

Data de Inscrição

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:

Nome a ser tratado:

Sexo

Data de nascimento

Idade:

Data de comemoração

Naturalidade, Nacionalidade e Língua

Naturalidade (País)

Naturalidade (Concelho)

Nacionalidade

Caso seja imigrante

Há quantos anos vive em Portugal

anos

Compreende bem o Português Sim Não Mais ou menos

Normalmente as pessoas compreendem-no/a

Morada

Freguesia

Código Postal Localidade

Telefone Casa: TLM:

BI nº/ Passaporte

NISS

Nº SNS Nº de Contribuinte

Centro de Saúde

Médico Assistente: _____ Contactos: _____

Enfermeiro: _____ Contactos: _____

Acompanhamento da Especialidade

Médico Assistente: _____ Contactos: _____

Enfermeiro: _____ Contactos: _____

Outra entidade de saúde. Qual?:

Médico Assistente: _____ Contactos: _____

Enfermeiro: _____ Contactos: _____

Coração Jovem - Serviço de Apoio Domiciliário

2. LOCAL ONDE SE ENCONTRA À DATA DE INSCRIÇÃO

- Habitação própria Desde ____/____/____
- Habitação de Familiares Desde ____/____/____
- Instituição Desde ____/____/____
- Outra Situação Desde ____/____/____

Morada

Código Postal: _____ - _____ Localidade

Telefone

Hospital/Serviço _____

Morada

Código Postal: _____ - _____ Localidade

Desde ____/____/____ Alta Prevista ____/____/____

3. INICIATIVA DA INSCRIÇÃO

- Próprio
- Outro

Nome completo:

Data de nascimento: ____/____/____ Parentesco/Relação/Instituição

Morada

Código Postal: _____ - _____ Localidade

Telefone Ocupação

4. Motivo do Pedido (Escolha múltipla)

- Dependência Física
- Dependência Psíquica
- Isolamento Social
- Agravamento do Estado de Saúde
- Outro
-

5. COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

- Pessoa só (vive só)
- Casal idoso
- Idoso c/ ascendente
- Idoso c/ descendentes
- Vizinho
- Amigo Familiar
- Outra situação. Qual ?
-

Coração Jovem - Serviço de Apoio Domiciliário

Identificação do Agregado Familiar

	Nome do Elemento	Parentesco	Data de Nascimento	Situação Profissional
1	Utente	-----	-----	-----
2			___/___/___	
3			___/___/___	
4			___/___/___	
5			___/___/___	
6			___/___/___	
7			___/___/___	

6. CUIDADORES INFORMAIS (PESSOAS PRÓXIMAS)

- Conjuge Vizinho
Irmão/Irmã Amigo
Filho/Filha Voluntário
Neto/Neta Outra Situação. Qual ? _____
Outro Familiar

7. TIPO DE HABITAÇÃO

- Casa Pensão
Parte de casa Casa de Dormidas / Camarata
Casa Pré-Fabricada Alojamento Móvel
Quarto alugado Outra.Qual ?
Barraca / Casa Abarracada
-
-

8. CUIDADOS DE SAÚDE

- Beneficia de Cuidados Médicos no Domicílio Sim Não
Beneficia de Cuidados de Enfermagem no Domicílio Sim Não

9. DEPENDÊNCIA

- Autónomo
Basta-se com alguma ajuda
Necessita de apoio para A.V.D.
Totalmente dependente

10. SERVIÇOS PRETENDIDOS

- Higiene Pessoal - Frequência : _____
 Higiene Pessoal Adicional - Frequência : _____
 Higiene Habitacional
 Alimentação _____(nº) Refeição(ões) de 2ª a 6ª/Domingo (riscar o que não interessa)
 Alimentação Apoiada - Frequência : _____
 Tratamento de Roupa
 Assistência Medicamentosa - Frequência : _____
 Monitorização dos Sinais Vitais
 Cuidados de Imagem
 Apoio Psicossocial
 Atividades Ocupacionais

11. FORAM ENTREGUES OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS? (A preencher pelo serviço)

- Sim
Não

Coração Jovem - Serviço de Apoio Domiciliário

Assinale quais os documentos em falta e a respectiva data de entrega

Bilhete de identidade	<input type="radio"/>	Data de entrega	
Nº de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data de entrega	
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data de entrega	
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data de entrega	
Pedido de Estudo Sócio-Económico	<input type="radio"/>	Data de entrega	
Nota de Alta Hospitalar / Relatório Médico Atualizado	<input type="radio"/>	Data de entrega	

12. MATRIZ DE PONDERAÇÃO E PONTUAÇÃO (A preencher pelo serviço)

Critérios	Ponderação (1-3)			Pontuação
Área de residência	Área circundante do CSPAMMM	Algueirão – Mem Martins Mercês	Zonas limítrofes	
	3	2	1	
Rede de Suporte	Inexistente	Cuidadores Esporádicos*	Suporte Familiar	
	3	2	1	
Situação Socioeconómica	Rendimento <i>per capita</i> inferior a 250€	Rendimento <i>per capita</i> entre 250€ a 400€	Rendimento <i>per capita</i> superior a 400€	
	3	2	1	
Estado Físico e Mental	Apoio nas ABVD e AIVD**	Apoio nas ABVD	Autónomo/Pequenas Ajudas	
	3	2	1	
Idade	Mais de 75	Entre 65 e 75	Menos de 65	
	3	2	1	
Ligação com o CSPAMMM	Familiar frequente uma resposta do CSPAMMM	Relação próxima com o Centro***	Sem relação	
	3	2	1	
Total				

* Cuidadores ocasionais (apoio esporádico de familiar, cuidador contratado)

**Atividades Básicas da Vida Diária e Atividades Instrumentais da Vida Diária

*** “Amigos do Centro”, utente de ginástica, Funcionário (ou familiar em 1º grau), voluntário (ou familiar em 1º grau), ex. funcionário (ou familiar em 1º grau) ou ex. voluntário (ou familiar em 1º grau).

13. CANDIDATURA ADMISSIVEL (A preencher pelo serviço)

Sim Data de Inicio da Prestação ____/____/____
 Não

14. OBSERVAÇÕES / ENCAMINHAMENTO (A preencher pelo serviço)

Técnico(a) Responsável: _____

Data ____/____/____