

**Ficha de Inscrição**

IMP02.IT01.PC01 -

Data de Admissão:

Data de Inscrição:

N.º de Entrada:

N.º de Utente:

N.º de Atendimento:

Ponto de Situação da Inscrição:



DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome Completo:

Nome pelo qual deseja ser tratado:

Data de Nascimento:

Data de Comemoração:

Idade:

Anos

Morada:

Profissão:

Localidade:

Freguesia:

Concelho:

Código Postal:

BI / C. Cidadão N.º:

Telefone Casa:

N.º de Contribuinte:

Telemóvel:

Beneficiário SS n.º:

Regime Seg. Social:

Sexo:

Estado Civil:

Email:

SNS:

SubSistema Saúde:

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária Permanente **3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATOS DA(S) PESSOA(S) SIGNIFICATIVA(S) DO CLIENTE(1)**

Nome	Contato Resp.	Enviar Cartas	Data Nasc.	Parentesco/Relação(2)	Morada
Cód. Postal	Telef.		Telem.		Ocupação

(1) Pessoa(s) significativa(s) - responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

(2) Parentesco - cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação - amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição?

Sim	<input type="radio"/>
Não	<input type="radio"/>

Quem?

Que resposta social?

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4. REDE SOCIAL E SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

(assinale com um X)

Sim

Não

Qual?

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades da vida diária?

(assinale com um X)

Sim

Não

Identifique o atual suporte assegurado ao cliente:

(assinale com um X)

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

Inexistente

O utente usufrui dos serviços de/está integrado em:

(assinale com um X)

Apoio domiciliário

Identifique qual a Organização?

Centro de dia

Centro de convívio

Outro Serviço

Especifique qual, assim como a Organização:

O Utente tem usufruído dos serviços de/ou esteve integrado em:

(assinale com um X)

Apoio Domiciliário

Identifique qual o Estabelecimento?

Estrutura Residencial

Emprego Protegido

Formação Profissional

Outro Serviço

Especifique qual, assim como o Estabelecimento:

5. CARATERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

Questões (assinale com X e especifique)	Sim	Não	Especifique-as
Tipo de Deficiência(s) e Incapacidade(s):			
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e., funções auditivas; estruturas da coluna vertebral)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação? (p.e., andar distâncias longas; participar em actividades de grupo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Causa(s) da(s) Incapacidade(s):			
Congénita(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Adquirida(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Conceitos (CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde):
 Incapacidade - Termo genérico para deficiências, limitações da actividade e restrições na participação.
 Funções do Corpo - Funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).
 Estruturas do Corpo - Partes anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes.
 Limitações da Actividade - Dificuldades que um indivíduo possa ter na execução de actividades (entendidas como a execução de uma tarefa ou acção).
 Restrição na Participação - Problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real, entendendo-se participação como o envolvimento do indivíduo numa situação real.

6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim Não

Assinale quais os documentos em falta e respetiva data de entrega		
Bilhete de Identidade	<input type="radio"/>	Data Entrega
Nº de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data Entrega
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data Entrega
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data Entrega
Cartão de Cidadão	<input type="radio"/>	Data Entrega
Outros. Especificar:	<input type="radio"/>	Data Entrega

Outras Informações. DEPENDÊNCIA DO UTENTE

Grau de dependência global do utente:

(assinale com um X)

Autónomo, não necessita de apoio

Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade

Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade

Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc)

Deficiência

(assinale com um X)

Mental

Visual

Motora

Auditiva

VISITA ÀS INSTALAÇÕES

O utente visitou as instalações

Sim

Não

Mencione a razão da não visita às instalações:

Nova agenda de visita:

OBSERVAÇÕES: (assinale outras informações relevantes sobre o utente)

OUTRAS OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA PRÉ-DIAGNÓSTICA

AValiação SUMÁRIA DOS COLABORADORES APRESENTADOS E EXPECTATIVAS QUANTO AO RELACIONAMENTO

VALOR DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR / MENSALIDADE:

€

Assinaturas

Cliente	Data	/	/
Pessoa Significativa	Data	/	/
Organização	Data	/	/



Ficha de Avaliação Inicial de Requisitos

IMP03.IT02.PC01 -

Data de Admissão:

Data de Inscrição:

N.º de Atendimento:

N.º de Utente:

N.º de Entrada:

Data de Avaliação:

Nome:

1. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNCIONALIDADE DO CLIENTE

(assinale com um X)

	Autónomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio total dos serviços
Banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados de imagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ir ao WC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferências (entrar e sair da cama)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Higiene habitacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamento de roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento ao exterior (fazer compras,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aquisição de bens e serviços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma medicamentosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ocupação do tempo livre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. SERVIÇOS A MOBILIZAR

(assinale com um X)

Serviços Solicitados	Quais?	Quando?			Periodicidade				Quantidade				Estimativa de Custo
		Semana	Fim-de-Semana	Todos os Dias	Diária	Semanal	Quinquenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra	
Cuidados de Higiene	X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- €
Cuidados Pessoais	X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- €
Cuidados de Imagem	X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- €
Fornecimento de alimentação	X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- €
Apoio na alimentação	X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- €
Cuidados de Médicos	X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- €
Cuidados de Enfermagem	X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- €
Assistência Medicamentosa	X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- €
Apoio Social	X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- €
Tratamento de Roupas	X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- €
Actividades Quotidianas	X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- €

Observações ou outras especificações

3. Descrição do Enquadramento Familiar e/ou de Suporte

4. Descrição das condições socioeconómicas

5. Critérios de Admissibilidade

A Organização ajusta-se às necessidades e expectativas do Cliente?

(assinale com uma X)

Sim Não Porquê?

A Organização pode dar resposta, internamente, ao pedido do Cliente?

(assinale com uma X)

Sim Não Reencaminhamento para outra Organização, ou prestação de informação adicional (quando aplicável)

Critérios de Selecção	Pontuação
2 Idade do Utente => 65 Anos	
7 Residente na Freguesia de Nespereira	
Total de Pontos:	

Admissível?

Sim (1)
Não (2) Porquê?

6. OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA (assinale outras informações relevantes sobre o cliente)

Assinaturas

_____ Cliente	Data: / /
_____ Pessoa Significativa	Data: / /
_____ Organização	Data: / /