

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

6. CUIDADORES INFORMAIS (PESSOAS PRÓXIMAS)

- | | | | |
|----------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| Conjuge | <input type="radio"/> | Vizinho | <input type="radio"/> |
| Irmão/Irmã | <input type="radio"/> | Amigo | <input type="radio"/> |
| Filho/Filha | <input type="radio"/> | Voluntário | <input type="radio"/> |
| Neto/Neta | <input type="radio"/> | Outra Situação. Qual ? | <input type="radio"/> |
| Outro Familiar | <input type="radio"/> | | |
-

7. TIPO DE HABITAÇÃO

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Casa | <input type="radio"/> | Pensão | <input type="radio"/> |
| Parte de casa | <input type="radio"/> | Casa de Dormidas / Camarata | <input type="radio"/> |
| Casa Pré-Fabricada | <input type="radio"/> | Alojamento Móvel | <input type="radio"/> |
| Quarto alugado | <input type="radio"/> | Outra.Qual ? | <input type="radio"/> |
| Barraca / Casa Abarracada | <input type="radio"/> | | |
-
-

8. CUIDADOS DE SAÚDE

- | | Sim | Não |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Beneficia de Cuidados Médicos no Domicílio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Beneficia de Cuidados de Enfermagem no Domicílio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. DEPENDÊNCIA

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Autónomo | <input type="radio"/> |
| Basta-se com alguma ajuda | <input type="radio"/> |
| Necessita de apoio para A.V.D. | <input type="radio"/> |
| Totalmente dependente | <input type="radio"/> |

10. SERVIÇOS PRETENDIDOS

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

11. FORAM ENTREGUES OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

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

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 | _____ |

Coração Jovem - Serviço de Apoio Domiciliário

12. MATRIZ DE PONDERAÇÃO E PONTUAÇÃO

| 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

Sim

Data de Início da Prestação

____/____/____

Não

14. OBSERVAÇÕES / ENCAMINHAMENTO

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Técnico(a) Responsável: _____

Data ____/____/____