

Ficha de InscriçãoData de Admissão: Data de Inscrição: N.º de Entrada: N.º de Cliente: Ponto de situação da inscrição: **1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE**Nome completo: Nome a ser tratado: Data de Nascimento: Sexo: Idade: AnosMorada: Código Postal: Telefone Casa: BI/C.C.: Telemóvel: NIF: Nº Beneficiário: Regime Segurança Social: Nº Utente: Sub-sistema Saúde: **2. BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CLIENTE**

Resposta solicitada:

Temporária Permanente

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o cliente		Meio de vida principal(1)	Rendimento Mensal (2)
			Sim	Não		
Cliente						€
						€
						€
						€
Total						€

(1) Reforma; Pensão Social; Pensão Mínima; outro.

(2) Campos a serem obrigatoriamente preenchidos com os dados do cliente e dos familiares que compõem o seu agregado.

Rendimentos Mensais:			Despesas Mensais:		
Rendimento do trabalho	.	€	Renda/Prestação da casa	.	€
Reforma	.	€	Transportes públicos	.	€
Pensão	.	€	Medicação	.	€
Complemento por dependência	.	€	Alimentação	.	€
Outros	.	€	Outros	.	€
Total:	.	€	Total:	.	€

Ficha de Inscrição**3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE ⁽¹⁾**

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação ⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

⁽¹⁾ Pessoa(s) próxima(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 este estabelecimento?

Sim <input type="radio"/>	Quem? <input type="text"/>
Não <input type="radio"/>	Serviço? <input type="text"/>

4. CRITÉRIOS DE SELECÇÃO E PRIORIZAÇÃO

	Ponderação:	Pontuação:
<input type="radio"/> Idade do cliente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Grau de dependência	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Fracos recursos económicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Cuidados exigidos pela situação de dependência	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Ausência ou indisponibilidade da família ou outras pessoas em assegurar cuidados básicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Risco de isolamento social	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Situações de emergência social	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Outros, definidos pela direcção do estabelecimento	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. REDE SOCIAL E SUPORTE

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades quotidianas?
(assinale com uma X)

Sim Não

Identifique o actual suporte assegurado ao candidato:
(assinale com uma X)

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

Inexistente

O cliente usufrui dos serviços de:
(assinale com uma X)

Ficha de Inscrição

Apoio Domiciliário	<input type="radio"/>	Identifique qual o Estabelecimento
Outro Serviço	<input type="radio"/>	Especifique qual, assim como o Estabelecimento:

6. CARACTERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

Questões (assinale com x)	Sim	Não	Especifique-as
Tipo de incapacidade(s)			
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e., funções auditivas; estrutura 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) das 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).

Restrições 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 da vida real.

7. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim Não

Assinale quais os documentos em falta e a respectiva data de entrega			
Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão	<input type="radio"/>	Data da entrega	/ /
Nº de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data da entrega	/ /
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data da entrega	/ /
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data da entrega	/ /

8. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA ÁREA FUNCIONAL DO CLIENTE

(assinale com uma X)	Autónomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio permanente dos serviços
Banho	<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"/>
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"/>
Acompanhamento ao exterior (fazer compras, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamento de roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma medicamentosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ficha de Inscrição**9. SERVIÇOS SOLICITADOS**

Serviços solicitados	Quais?	Quando?		Periodicidade				Número			
		Semana	Fim-de-semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra qual?
Cuidados de higiene		<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		<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		<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 refeição		<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 saúde		<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"/>	
Administração da terapêutica		<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		<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 aquisição de bens e serviços		<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"/>	
Acompanhamento ao exterior		<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"/>	
Higiene habitacional		<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 socioculturais		<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		<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"/>	
Outro. Qual?		<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"/>	

10. VALOR DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR / MENSALIDADE

. . €

11. ASSINATURAS

Cliente	_____	Data:	____/____/____
Representante	_____	Data:	____/____/____
Instituição	_____	Data:	____/____/____