

DATA DE INSCRIÇÃO: / / 20.....

RESPOSTA SOCIAL: SAD CD

DATA DE ADMISSÃO: / / 20.....

DATA DE SAÍDA: / / 20.....

MOTIVO:.....

1. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL:

NOME: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ - _____

N.º TELEFONE: _____ DATA NASCIMENTO ____/____/____

ESTADO CIVIL: _____

B.I./C.C.: _____ N.º DE CONTRIBUINTE: _____ N.º BENEFICIÁRIO SS: _____

RESIDÊNCIA ÚLTIMA: _____

2. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO UTENTE

RECEITAS	VALOR	DESPESAS	VALOR
Pensão/Reforma (1)		Saúde	
Outras receitas (2)		Fraldas, outras (3)	
Rendimentos do Agregado Familiar		Despesas com a habitação	
Total de Receitas		Total de Despesas	

(1) Proveniência: _____

(2) Proveniência: _____

(3) Indique quais _____

COMPARTICIPAÇÃO MENSAL: _____

3. COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR DO UTENTE

Nome: _____ Idade: ____ Contacto: _____ Parentesco: _____

4. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA (S) PESSOAS PRÓXIMAS DO UTENTE¹

Nome: _____

Parentesco/Relação: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ N.º Telefone: _____

Profissão: _____

<u>FILHOS</u>	<u>MORADA</u>	<u>CONTACTOS</u>

¹Pessoa (s) Próxima (s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros.

5. REDE SOCIAL E SUPORTE

O utente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades quotidianas?
(assinale um x)

Sim Não

Identifique o suporte existente do utente: (assinale um x)

Diário e Permanente Diário e Pontual Pontual Inexistente

6. DEPENDÊNCIA DO UTENTE

Grau de dependência global do utente: (assinale um x)

- Autónomo, não necessita de apoio
- Necessita de pequenos apoios na vida diária 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 um x)

Mental Visual Motora Auditiva

7. CONDIÇÕES DA HABITAÇÃO

Condições da Habitação: Boa Razoável Má

Casa: Própria Arrendada De Familiares

Acessos: Bons Razoáveis Maus

Luz: Sim Não

Água Canalizada: Sim Não

Salubridade: Sim Não

Cozinha: Sim Não

Casa de Banho: Sim Não

Outras? _____

8. MOTIVO DO PEDIDO

9. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO

Idade do utente _____

Necessidade expressa pelo cliente ou representante legal _____

Grau de dependência _____

Insuficiência de Recursos Económicos _____

Ausência ou indisponibilidade da família ou outras pessoas em assegurar cuidados básicos _____

Ser residente na Freguesia de Lourosa _____

Risco de isolamento social _____

Idoso que tenha outros parentes na(s) Resposta (s) Social (ais)de _____

Associado/a da Instituição _____

Outros _____

Pontuação _____

Critérios de Ponderação

10 P- Idade

8 P- Necessidade expressa pelo cliente

6 P- Ausência de apoio familiar/ Isolamento social / Desajustamento ou conflito familiar grave/ Insuficiência de recursos económicos que garantam a subsistência

4 P- Ser residente ou natural da freguesia de Lourosa

2 P -Idosos que tenha outros parentes, na instituição /Ser sócio da instituição

10. DOCUMENTOS ENTREGUES NO PROCESSO DE CANDIDATURA:

Fotocópia do BI

Fotocópia do Cartão de Contribuinte

Fotocópia do NISS

Fotocópia da declaração de rendimentos

Fotocópia do cartão de Utente

Comprovativo de Encargos com a Habitação (renda, água, luz e, telefone e gás)

Relatório Médico

Comprovativo de Despesas com Medicação/fraldas

Outro _____

11. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA ÁREA FUNCIONAL DO UTENTE

(assinale com um x)	Autónomo	Necessita de apoio <u>Pontual</u> dos serviços	Necessita de apoio <u>Total</u> dos serviços
Banho			
Cuidados de imagem			
Vestir-se			
Ir ao WC			
Subir e descer escadas			
Alimentação			
Apoio à mobilidade			
Continência			
Tratamentos de roupa			
Toma medicamentos			
Ocupação quotidiana do tempo			
Higiene Habitacional			

12. SAÚDE

Grupo Sanguíneo: _____

Nome do Médico/ Assistente: _____

Centro de Saúde: _____ TLF: _____

N.º de SNS: _____

12.1. ANTECEDENTES CLÍNICOS RELEVANTES

--

12.2. PROBLEMAS DE SAÚDE

Respiratórios		Gastrointestinais	
Urinários		Infecto contagiosas	
Reumáticos		Sistema Nervoso	
Cardíacos		Depressivos	
Hipertensão		Auditivos	
D. Cancerígenas		Visão	
Diabetes		Outros. Quais?	

12.3. CAPACIDADE FÍSICA E FUNCIONAL

ATIVIDADES CORPORAIS

ALIMENTAÇÃO

Alimenta-se normalmente

Necessita parcialmente de auxílio ou de alimentação triturada

Necessita total de ajuda humana ou de alimentação artificial (sonda, perfusão)

HIGIENE PESSOAL

Faz a sua higiene normalmente Necessita de ajuda parcial Necessita de ajuda total

VESTIR-SE

Sem ajuda Necessita de ajuda parcial ou de apoio Necessita de ajuda total

ELIMINAÇÃO

Defecção normal

Incontinência urinária ocasional

Incontinência fecal ocasional

Incontinência urinária permanente (p.e. algália)

Incontinência fecal permanente (doente osteomizado)

Micção normal

ATIVIDADES SENSORIAIS

FALA

Expressão verbal perfeita/correta Dificuldade em falar

VISÃO

Normal Má Muito má ou cegueira (cego)

AUDIÇÃO

Normal Má Muito má (surdez)

ATIVIDADES LOCOMOTIVAS

TRANSFERÊNCIAS

Efetua normalmente
Necessita de ajuda parcial ou de apoio
Necessita de ajuda humana total ou de uma cadeira elevatória
Impossibilidade de deslocação

DESLOCAÇÃO NO EXTERIOR

Efectua normalmente
Necessita de ajuda humana ou técnica (bengala, andarilho)
Necessita de cadeira de rodas
Impossibilidade de deslocação

ATIVIDADES MENTAIS

MEMÓRIA

- Normal
- Esquecimentos mais ou menos frequentes
- Esquecimentos muito frequentes
- Amnésia

COMPORTAMENTO

- Normal
- Perturbações menores: teimosia, lamentações, emotividade, desorientação
- Perturbações maiores: agitação, desorientação, fuga
- Outro: _____

HUMOR

- Normal
- Tristeza (+/- importante) ou irritabilidade
- Apatia (sem energia)
- Agressividade Outro _____

OUTRAS ATIVIDADES

ADMINISTRAR DINHEIRO

Sem ajuda Necessita de ajuda parcial ou de apoio Necessita de ajuda total

TOMAR MEDICAÇÃO

Sem ajuda Necessita de ajuda parcial ou de apoio Necessita de ajuda total

13. SERVIÇOS SOLICITADOS

Serviços Solicitados	Quais?	Quando?		Periodicidade				Quantidade			
		Semana	Fim-de-Semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra ____
Cuidados de Higiene		<input type="radio"/>									
Cuidados Pessoais		<input type="radio"/>									
Fornecimento da Alimentação		<input type="radio"/>									
Apoio na Alimentação		<input type="radio"/>									
Assistência Medicamentosa		<input type="radio"/>									
Apoio Social		<input type="radio"/>									
Higiene Habitacional		<input type="radio"/>									
Tratamento de Roupas		<input type="radio"/>									
Apoio na aquisição de Bens e Serviços		<input type="radio"/>									
Acompanhamento ao exterior		<input type="radio"/>									
Atividades Sócio-Culturais		<input type="radio"/>									
Outro.Qual? _____		<input type="radio"/>									

