

**Ficha de Inscrição**

Data de Admissão: [REDACTED]

Data de Inscrição: [REDACTED]

N.º de Entrada: [REDACTED]

N.º de Cliente: [REDACTED]

Ponto de situação da inscrição:

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE**

Nome completo: [REDACTED]

Nome a ser tratado: [REDACTED]

Data de Nascimento: [REDACTED] Sexo: [REDACTED] Idade: [REDACTED] Anos

Morada: [REDACTED]

Código Postal: [REDACTED] Telefone Casa: [REDACTED]

BI/C.C.: [REDACTED] Telemóvel: [REDACTED]

NIF: [REDACTED]

Nº Beneficiário: [REDACTED] Regime Segurança Social: [REDACTED]

Nº Utente: [REDACTED] Sub-sistema Saúde: [REDACTED]

**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:**

Rendimento do trabalho	.	.	€	Renda/Prestação da casa	.	.	€
Reforma	.	.	€	Transportes públicos	.	.	€
Pensão	.	.	€	Medicação	.	.	€
Complemento por dependência	.	.	€	Alimentação	.	.	€
Outros	.	.	€	Outros	.	.	€
<b>Total:</b>	.	.	€	<b>Total:</b>	.	.	€

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

Nome: [REDACTED]

Data de Nascimento: [REDACTED] Parentesco/ Relação<sup>(2)</sup>: [REDACTED]

Morada: [REDACTED]

Código Postal: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED] Ocupação: [REDACTED]

Nome:

Data de Nascimento: [REDACTED] Parentesco/ Relação<sup>(2)</sup>: [REDACTED]

Morada: [REDACTED]

Código Postal: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED] Ocupação: [REDACTED]

<sup>(1)</sup> Pessoa(s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros<sup>(2)</sup> Parentesco – cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(â), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar este estabelecimento?

 Sim

Quem?

 Não

Serviço?

**4. CRITÉRIOS DE SELECÇÃO E PRIORIZAÇÃO**

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

**5. REDE SOCIAL E SUPORTE**O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades diárias?  
(assinalar com uma X) Sim       NãoIdentifique o actual suporte assegurado ao candidato:  
(assinalar com uma X)

Diário e permanente	<input type="radio"/>
Diário pontual	<input type="radio"/>
Pontual	<input type="radio"/>
Inexistente	<input type="radio"/>

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

**Ficha de Inscrição**

Apóio 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 (assine com x)	Sim	Não	Especifique-as
Tipo de incapacidade(s)			
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatómicas)? (p.e., funções auditivas; estrutura da coluna vertebral)	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/>	
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Causa(s) das incapacidade(s):			
Congénita(s)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Adquirida(s)	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 anatómicas 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	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>
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**

(assine com uma X)	Autónomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio permanente dos serviços
Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir ao WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferências (entrar e sair da cama)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene habitacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanhamento ao exterior (fazer compras, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento de roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma medicamentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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"/>									
Cuidados pessoais		<input type="radio"/>									
Fornecimento de alimentação		<input type="radio"/>									
Apoio na refeição			<input type="radio"/>								
Cuidados de saúde		<input type="radio"/>									
Administração da terapêutica		<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"/>									
Higiene habitacional		<input type="radio"/>									
Actividades socioculturais		<input type="radio"/>									
Apoio social		<input type="radio"/>									
Outro. Qual? .....		<input type="radio"/>									

**10. VALOR DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR / MENSALIDADE**

€

**11. ASSINATURAS**

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