	PROCESSO-CHAVE 01 - Candidatura	Código: IMPO2.IT01.PC01
		Pág: 01/07 Atualização: 02
Ficha de Inscrição		Data: 17.07.2014 RESPOSTA Serviço de Apoio Domiciliário

Admissível
 Não admitido por não respeitar requisitos
 Em lista de espera

Apresentação de cópia dos seguintes documentos:

<input type="checkbox"/> Vale de pensão	<input type="checkbox"/> Rendimentos patrimoniais	<input type="checkbox"/> Declaração de IRS e respectivo comprovativo de liquidação
<input type="checkbox"/> BI / CC	<input type="checkbox"/> SNS	<input type="checkbox"/> NIF
<input type="checkbox"/> NISS ou Cartão de Pensionista	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____	

Nº Processo: _____
Data de inscrição: ____/____/____
Data de admissão: ____/____/____

Data de desistência: ____/____/____
Motivo: _____

Data de readmissão: ____/____/____
Motivo: _____

Como tomou conhecimento do serviço: _____
Pessoa que solicitou o serviço: _____
Observações: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo _____

Data de nascimento	BI ou CC	NIF	NISS
Morada	Código Postal:		-


Contactos em caso de emergência _____

Observações _____

BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CLIENTE

Nome	Idade	Parentesco	Rendimento mensal líquido	Observações
Cliente	_____	_____		

OBSERVAÇÕES

	PROCESSO-CHAVE 01 - Candidatura	Código: IMPO2.IT01.PC01
		Pág: 01/07 Atualização: 02
Ficha de Inscrição		Data: 17.07.2014 RESPOSTA Serviço de Apoio Domiciliário

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) SIGNIFICATIVA(S) DO CLIENTE

Nome	Parentesco/ Relação
Data de Nascimento	Ocupação
Morada:	Código Postal
Contactos	
Observações	

REDE SOCIAL DE SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outro Serviço ou Instituição?

Não

Sim. Quem? Qual a(s) resposta(s)?

O cliente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades da vida diária?

Não

Sim. Qual (s) ?

Identifique o atual suporte assegurado ao cliente

Diário e permanente

Diário Pontual

Pontual

Inexistente

O cliente usufrui dos serviços de:

Enfermagem

Fisioterapia


Massagem terapêutica

outro. Qual?

SAÚDE

Médico de Família _____ Extensão _____

CARACTERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S) DO CLIENTE

	PROCESSO-CHAVE 01 - Candidatura	Código: IMPO2.IT01.PC01
		Pág: 01/07 Atualização: 02
Ficha de Inscrição		Data: 17.07.2014 RESPOSTA Serviço de Apoio Domiciliário

DEPENDÊNCIA GLOBAL DO CLIENTE


- Autônomo, 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, outros)
-

AValiação SUMÁRIA DA ÁREA FUNCIONAL DO CLIENTE

SERVIÇOS SOLICITADOS	AUTÔNOMO	APOIO PONTUAL	APOIO TOTAL	OBSERVAÇÕES
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"/>	
Tratamento de roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mover-se ao exterior (fazer compras, outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toma medicamentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SERVIÇOS SOLICITADOS

SERVIÇOS	Nº vezes por dia	Nº dias p semana	FDS	Observações
Cuidados de higiene e conforto				
Fornecimento de alimentação				
Apoio na alimentação				
Cuidados médicos				
Cuidados de enfermagem				
Cuidados de reabilitação				
Assistência medicamentosa				
Higiene habitacional				
Tratamento de roupas				
Apoio na aquisição de bens e serviços				
Apoio social				
Apoio psicológico ao cliente				
Outro. Qual?				

	PROCESSO-CHAVE 01 - Candidatura	Código: IMPO2.IT01.PC01
		Pág: 01/07 Atualização: 02
	Ficha de Inscrição	Data: 17.07.2014 RESPOSTA Serviço de Apoio Domiciliário

CÁLCULO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR INICIAL

Data de análise ____/____/____ Serviço(s) solicitado(s) _____
 Periodicidade _____ Valor da participação familiar _____

Cálculos:

Assinatura do responsável: _____

RECÁLCULO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR

Motivo do recalculo _____
 Data de análise ____/____/____ Serviço(s) solicitado(s) _____
 Periodicidade _____ Valor da participação familiar _____

Cálculos:


Assinatura do responsável: _____

RECÁLCULO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR

Motivo do recalculo _____
 Data de análise ____/____/____ Serviço(s) solicitado(s) _____
 Periodicidade _____ Valor da participação familiar _____

Cálculos:


Assinatura do responsável: _____

	PROCESSO-CHAVE 01 - Candidatura	Código: IMPO2.IT01.PC01
		Pág: 01/07 Atualização: 02
	Ficha de Inscrição	Data: 17.07.2014 RESPOSTA Serviço de Apoio Domiciliário

RECÁLCULO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR	
Motivo do recalculo _____	_____
Data de análise ____/____/____	Serviço(s) solicitado(s) _____
Periodicidade _____	Valor da comparticipação familiar _____
Cálculos:	
Assinatura do responsável: _____	

RECÁLCULO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR	
Motivo do recalculo _____	_____
Data de análise ____/____/____	Serviço(s) solicitado(s) _____
Periodicidade _____	Valor da comparticipação familiar _____
Cálculos:	
Assinatura do responsável: _____	

RECÁLCULO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR	
Motivo do recalculo _____	_____
Data de análise ____/____/____	Serviço(s) solicitado(s) _____
Periodicidade _____	Valor da comparticipação familiar _____
Cálculos:	
Assinatura do responsável: _____	

	PROCESSO-CHAVE 01 - Candidatura	Código: IMPO2.IT01.PC01	
		Pág: 01/07	Atualização: 02
Ficha de Inscrição		Data: 17.07.2014 RESPOSTA Serviço de Apoio Domiciliário	

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO

- Residente no concelho da Figueira da Foz, nas freguesias de Buarcos e Tavarede;
- Situação familiar, social e economicamente mais desfavorecida ou desprovida de apoio familiar;
- Ausência ou indisponibilidade da família para assegurar os cuidados necessários;
- Abandono por parte da família;
- Hospitalização do indivíduo ou família que preste assistência ao cliente;
- Idoso ou indivíduo com deficiência impossibilitado para realizar as actividades da vida diária;
- Ser sócio da Instituição;
- Ordem de inscrição.

Todas as informações disponíveis nesta ficha são confidenciais, não podendo ser utilizadas sem autorização prévia da família. A assinatura da presente ficha de inscrição implica o conhecimento e concordância prévia com as normas e Regulamento Interno do Serviço de Apoio Domiciliário.

ASSINATURAS

Cliente ou pessoa significativa

Instituição - Diretora técnica
