

Resposta Social: Centro de dia e serviço de apoio domiciliário

Resposta Social: _____

Data de Inscrição: __/__/__

N.º
Entrada: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO

Nome completo: _____

Data de Nascimento: __/__/__ Sexo: _____ Idade: _____ Anos

Nacionalidade: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

BI: _____

Telemóvel: _____

NIF: _____

N.º
Beneficiário: _____

Regime Segurança Social: _____

N.º Cartão de
Cidadão: _____

Sistema de Saúde: _____

2. MOTIVO DO PEDIDO

Fundamentação: _____

Resposta Social: Centro de dia e serviço de apoio domiciliário

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) SIGNIFICATIVA(S) DO CLIENTE ⁽¹⁾

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Parentesco/ Relação: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone: _____

Ocupação: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Parentesco/ Relação: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone: _____

Ocupação: _____

⁽¹⁾ Pessoa(s) Significativa(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 esta Instituição?

Sim Quem?

Que Resposta Social?

Não

Resposta Social: Centro de dia e serviço de apoio domiciliário

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4. SITUAÇÃO FAMILIAR E REDE SOCIAL DE SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim Qual?Não

Tem filhos?

Sim Não

Pessoas que compõem o agregado familiar:

Nome: _____

Idade: _____ Contato: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Idade: _____ Contato: _____

Parentesco: _____

Nome: _____

Idade: _____ Contato: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Idade: _____ Contato: _____

Parentesco: _____

Habitação:Casa própria Arrendada

Quem é o arrendatário/a? _____

Renda Mensal: _____

Outro? _____

Qual? _____

Condições habitacionais: (preencher só para S.A.D.)

Água canalizada <input type="radio"/>	Fogão <input type="radio"/>	Micro-ondas <input type="radio"/>	Esquentador <input type="radio"/>
Luz <input type="radio"/>	Frigorífico <input type="radio"/>	Gás <input type="radio"/>	Aquecimento <input type="radio"/>
Rádio <input type="radio"/>	T.V. <input type="radio"/>	Video/DVD <input type="radio"/>	Telefone/telemóvel <input type="radio"/>
Máquina roupa <input type="radio"/>	Máquina louça <input type="radio"/>	Rede esgotos <input type="radio"/>	

Resposta Social: Centro de dia e serviço de apoio domiciliário

5. HISTORIAL MÉDICOEstado de saúde : Bom Razoável Mau

Doenças: _____

Operações: _____

Tratamentos: _____

Recorre com frequência aos serviços de saúde? Sim Não

Espaço de tempo que recorre a esses serviços: _____

Médico/a de família: _____ Telefone: _____

Médico/a especialista: _____ Telefone: _____

6. Autonomia

	<input type="radio"/> Autónimo	<input type="radio"/> Semi-dependente	<input type="radio"/> Dependente
Movimentação	<input type="radio"/> Nenhum	<input type="radio"/> Bengala <input type="radio"/> Com ajuda de 3ºs	<input type="radio"/> Cadeira de Rodas
Uso de:	<input type="radio"/> Nenhum	<input type="radio"/> Algália <input type="radio"/> Fralda	<input type="radio"/> Outro _____
Higienização:	<input type="radio"/> Sozinho	<input type="radio"/> Com ajuda <input type="radio"/> W.C.	<input type="radio"/> Cama <input type="radio"/> W.C.
Alimentação	<input type="radio"/> Sozinho	<input type="radio"/> Com ajuda parcial	<input type="radio"/> Com ajuda total
Tipo de alimentação	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Vegetariana	<input type="radio"/> Dieta pastosa <input type="radio"/> Hipossalina <input type="radio"/> Diabética	<input type="radio"/> Dieta líquida <input type="radio"/> Outra: _____

7. Serviços Solicitados

Serviços solicitados	Quais	Fins de semana		Periodicidade				Quantidade			
		Sim	Não	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra
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"/>	<input type="radio"/>
Fornecimento 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"/>	<input type="radio"/>
Apoio na 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"/>	<input type="radio"/>
Assistência medicamentosa		<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>

Resposta Social: Centro de dia e serviço de apoio domiciliário

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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Atividades sócio culturais		<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"/>	<input type="radio"/>
Atividades quotidianas		<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>

8. SITUAÇÃO ECONÓMICA

Rendimentos Mensais:

Rendimento do trabalho	
Reforma	
Pensão	
Complemento por dependência	
Rendimento de património e outros	
Total	

Despesas mensais:

Renda ou amortização da casa	
Transportes públicos	
Medicação de uso continuado	
Outros	
Total	

9. Encaminhado pela Segurança Social

Sim Não

10. Complemento por dependência

Sim 1º grau 2º grau Não Requerido Não requerido

Resposta Social: Centro de dia e serviço de apoio domiciliário

11. Tempos livres

Gosta de ocupar o tempo a:			
<input type="radio"/> Ler	<input type="radio"/> Ouvir leituras	<input type="radio"/> Costurar	<input type="radio"/> Bordar
<input type="radio"/> Decorar	<input type="radio"/> Fazer renda	<input type="radio"/> Jogar	<input type="radio"/> Ouvir música
<input type="radio"/> Ver televisão	<input type="radio"/> Jardinar	<input type="radio"/> Passear	<input type="radio"/> Conversar
<input type="radio"/> Ajudar em trabalhos domésticos		<input type="radio"/> Fazer trabalhos em artes plásticas	

12. Critérios de seleção e priorização

Critérios para resposta social	
Situação encaminhada pela segurança social	
Recursos económicos	
Risco de isolamento social	
Insuficiência de apoio familiar	
Pessoa de referência do utente a frequentar a resposta social	
Familiar a trabalhar na instituição	
Naturalidade ou residência na área de intervenção	
Grau de dependência	
Idade	
Frequência de outra resposta social da instituição	

Declaro que autorizo a informatização dos meus dados pessoais para efeitos de elaboração do processo do cliente

Data: ____/____/____

(O interessado/responsável)

(A instituição)

Resposta Social: Centro de dia e serviço de apoio domiciliário

13. Encerramento do processo

Data de saída: _____	Motivo: _____
Observações:	