

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome:

Morada: Localidade:

Freguesia:

Código Postal: -

Data de Nascimento: Idade:

Estado Civil: Nacionalidade:

Profissão: Habilitações Literárias:

N.º de B./C.U. De: Arquiv o de:

Beneficiário SS N.º: Contribuinte N.º:

SNS N.º: Subsistema de saúde

Sócio da Instituição N.º:

Contactos telefónicos do CLIENTE: Informados

2. BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CLIENTE

Vive só Isolado geograficamente Em família (N.º de elementos agregado familiar:.....)

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o CLIENTE		Meio de Vida Principal ¹	Rendimento Mensal
			Sim	Não		
.....				€
.....				€
.....				€
.....				€
Total						€

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

Sim Quem?

Não

3. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE

Rendimentos Mensais:		Despesas Mensais:	
Rendimento do Trabalho	€	Medicação	€
Reforma	€	Renda da Casa	€
Pensão	€	Consumos de água, electricidade, gás e telefone	€
Complemento por Dependência/Solidário Idosos	€	Alimentação	€
Outros	€	Outros	€
Total	€	Total	€

4. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA (S) PESSOA (S) PRÓXIMA (S) DO CLIENTE

Nome:

Morada:

Código Postal: - Contactos Telefónicos:

Parentesco: Estado Civil: Data de Nascimento:

1- Reforma, Pensão Social; Pensão Mínima; Complemento solidário a idosos Outro...

Ocupação:

Nome:

Morada:

Código Postal: -
 Contactos Telefónicos:

Parentesco: Estado Civil: Data de Nascimento / /

Ocupação:

5. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE

- Autónomo, não necessita de apoio
 Necessidade de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade
 Necessita de apoio de higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade
 Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, entre outras)

Prestadores de cuidados informais

- Familiares: Cônjuge Filho(a) Irmão Nora Genro Outros
 Vizinhos: Voluntários organizados: Amigos:
 Outros

Situação de recurso: Ajudas Técnicas:

Utiliza: Cadeira de rodas Canadianas Bengala Andarilho Nada

6. PROBLEMAS DE SAUDE

- Visão:** Sem dificuldades: Com dificuldades Dificuldades severas ou não vê
 Audição: Sem dificuldades Com dificuldades Dificuldades severas ou não ouve
 Diabetes Digestivos/gástrico Cancerígenas
 Pulmonares Reumatismo Depressivos
 Urinários Circulatórios Sistema Nervoso
 Intestinais Cardíacos Demência
 Renais Hipertensão Alzheimer
 Cuidados de medicina física e de reabilitação Terapia Ocupacional Fisioterapia
 Ósseo: fractura do membro AVC c/ paralisção
 Outra Outra

Encaminhamento da situação:

Hospital Centro de Saúde Segurança Social Familiar O próprio

Médico Assistente: Outro

Medicação: Sem ajuda Parcial Total

7. CONTEXTO HABITACIONAL

Tipo de Habitação: Vivenda Apartamento Quarto Outra

Condições Habitacionais:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Água Canalizada | <input type="checkbox"/> Fogão | <input type="checkbox"/> Micro- Ondas |
| <input type="checkbox"/> Luz | <input type="checkbox"/> Frigorífico | <input type="checkbox"/> Rádio |
| <input type="checkbox"/> Rede de Esgotos | <input type="checkbox"/> Esquentador | <input type="checkbox"/> TV |
| <input type="checkbox"/> Gás | <input type="checkbox"/> Máquina de Lavar Roupa | <input type="checkbox"/> Vídeo/DVD |
| <input type="checkbox"/> Aquecimento | <input type="checkbox"/> Máquina de lavar Loiça | <input type="checkbox"/> Telefone / Telemóvel |

8. OBSERVAÇÕES (Assinale outras observações importantes sobre o CLIENTE)

	Autónomo	Necessita de Apoio pontual dos serviços	Necessita de Apoio permanente dos serviços	Observações
Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuidados de imagem	<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"/>	
Apoio à mobilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tratamento Roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acompanhamento ao exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aquisição de bens e serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toma Medicamentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ocupação quotidiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. DOCUMENTOS ENTREGUES

Assinale quais os documentos em falta e respectiva data de entrega:

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Bilhete de Identidade / C.U | <input type="checkbox"/> | Data da Entrega |
| N.º Contribuinte | <input type="checkbox"/> | Data da Entrega |
| Cartão de Beneficiário ou Pensionista | <input type="checkbox"/> | Data da Entrega |
| Cartão do Serviço Nacional de Saúde | <input type="checkbox"/> | Data da Entrega / / |
| Comprovativo de Rendimentos | <input type="checkbox"/> | Data da Entrega / / |

10. MOTIVOS DO PEDIDO

Data de Preenchimento da Ficha de Inscrição:
 Assinatura do cliente/significativo:
 Assinatura do Técnico:

Data de Saída:

Motivo:

Observações:
