

**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: ..... Arquivo 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 <sup>1</sup>	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	€
<b>Total</b>	€	<b>Total</b>	€

**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 SAÚDE

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

Serviços solicitados	Quais?	Quando?		Periodicidade				Quantidade			
		Semana	Fim-de-semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra
Cuidados Higiene/Pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fornecimento da Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio na Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene Habitacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistência Medicamentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formação específica à família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento de roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio na aquisição de bens e serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanhamento ao exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades Sócio - culturais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades Quotidianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Observações ou outras especificações:**

Pretende deixar a chave da sua casa?

Sim

Não

Colaboradora responsável pela chave:

\_\_\_\_\_

### 9. 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 á 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"/>	

### 10. DOCUMENTOS ENTREGUES

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

- Bilhete de Identidade / C.U.  Data da Entrega .....
- N.º Contribuinte  Data da Entrega .....
- Cartão de Beneficiário ou Pensionista  Data da Entrega .....
- Cartão do Serviço Nacional de Saúde  Data da Entrega ..... / / .....
- Comprovativo de Rendimentos  Data da Entrega ..... / / .....

### 11. MOTIVOS DO PEDIDO

Data de Preenchimento da Ficha de Inscrição: .....

Assinatura do cliente/significativo: .....

Assinatura do Técnico: .....

Data de Saída: .....

Motivo: .....

Observações: .....