



Fundação COI
Lar Residencial / Residência Autônoma

INSCRIÇÃO

Data da Inscrição: ____ / ____ / ____

Resposta Social: _____

1. Dados de Identificação do Cliente

Nome Completo

Data Nascimento ____ / ____ / ____ Idade ____ Sexo ____

Escolaridade ____ Instituição ____

Morada ____

Cód. Postal ____ Localidade ____

Telf./Tlm. ____ Nº Identificação Civil ____

Nº Identificação Fiscal ____ Nº Utente ____ Sub-Sist. Saúde ____

Nº Beneficiário ____ Regime Segurança Social ____

2. Dados de identificação e contactos do cliente/Representante Legal

Nome

Data Nascimento ____ / ____ / ____ Parentesco/Relação ____

Morada ____

Cód. Postal ____ Telef./Tlm. ____

3. Motivo do Pedido

Resposta solicitada: Temporária ☐ Permanente ☐

Encaminhamento: Rede Social ☐ Outro ☐

Fundamentação:

4. Breve caracterização Individual e do Agregado Familiar

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o Cliente		Meio de vida principal ⁽¹⁾	Montante
			Sim	Não		

Nota: ⁽¹⁾ Reforma; Pensão Social; Subsídio Mensal Vitalício; Outro.

4.1. Breve caracterização dos cuidadores

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o Cliente	
			Sim	Não

4.2. Para além dos cuidadores, possui outra rede de suporte?

5. Rede Social de Suporte

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

Sim ☐

Não ☐

Identifique o atual suporte assegurado ao candidato:

Diário e permanente ☐

Diário pontual ☐

Pontual ☐

Inexistente ☐

O Cliente tem usufruído dos serviços de/ou esteve integrado em:

Apoio domiciliário ☐ Identifique qual o Estabelecimento:

Lar Residencial ☐

Emprego Protegido ☐

Formação Profissional ☐

Outro serviço ☐ Especifique (incluindo Estabelecimento):

6. História familiar

7. Existem bens de família? Bens em nome pessoal?



Fundação COI
Lar Residencial / Residência Autônoma

8. Possui declaração de interdição ou de inabilidade? Se sim, quem é o tutor?

Não ☐

Sim ☐ Identificação do tutor _____

Parentesco/Relação _____

9. O Cliente usufrui de outros serviços, das Respostas Sociais da Fundação COI?

Serviço Apoio Domiciliário ☐ Outro ☐ Especifique: _____

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

Sim ☐ Quem? _____

Não ☐

11. Saúde

Grupo sanguíneo _____

Nome do Médico de Família _____

Centro de Saúde _____

Telf: _____

Ext. _____

Nome(s) do(s) médico(s) da(s) especialidade(s): _____

Contacto _____

Alergias _____

Problemas de saúde

Respiratórios ☐ Intestinais ☐

Urinários ☐ Doenças cancerígenas ☐

Aparelho locomotor ☐ Sistema Nervoso ☐

Limitações físicas incapacidades ☐ Demência ☐

Reumatismo ☐ Padrões de sono ☐

Cardíacos ☐ Depressivos ☐

Hipertensão ☐ Auditivos ☐

Infeto-Contagiosas ☐ Diabetes ☐

HIV ☐ Visão ☐

Hábitos Tabágicos ☐ Hábitos Alcoólicos ☐

Outros: _____ ☐

12. Possui relatório que ateste a existência de incapacidade física e/ou motora?

Sim ☐

Não ☐

13. Necessidades Alimentares Especiais

Refeição	Horário	Tipo de Alimentos a Ingerir	Alergias Alimentares

F u n d a ç ã o C O I
Lar Residencial / Residência Autônoma

14. Medicação e indicação terapêutica que o cliente está a tomar

Medicamento	Jejum	P. Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar

15. História Clínica (breve caracterização, nomeadamente o início da deficiência, desenvolvimento, ...)

15.1. Alguma vez foi operado?

Sim ☐ Identifique: _____

Não ☐

15.2. Existe algum antecedente familiar da patologia que o cliente apresenta?

Sim ☐ Quem?: _____ (Parentesco) _____

Não ☐

16. Incapacidade(s) Sim ☐ Não ☐

Autônomo **Semi-autônomo** **Acamado**

Alguma vez realizou fisioterapia?

Sim ☐

Não ☐

16.1. Capacidades Funcionais (Escala de Barthel)

EVACUAR	Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema)	0
	Acidente Ocasional (máximo uma vez por semana)	1
	Continente	2
URINAR	Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer	0
	Acidente ocasional (máximo uma vez em 24h)	1
	Continente	2
HIGIENE PESSOAL	Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	0
	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo	1
IR À CASA-DE-BANHO	Dependente	0
	Precisa de ajuda mas consegue fazer alguma coisa sozinho	1
	Independente	2
ALIMENTAR-SE	Incapaz	0
	Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc.	1
	Independente	2



Fundação COI

Lar Residencial / Residência Autônoma

DESLOCAR-SE	Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se	0
	Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas senta-se	1
	Pequena ajuda (física ou verbal)	2
	Independente (poderá utilizar ajuda técnica)	3
VESTIR-SE	Dependente	0
	Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	1
	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	2
ESCADAS	Incapaz	0
	Precisa de ajuda (verbal ou física)	1
	Independente para subir ou descer	2
TOMAR BANHO	Dependente	0
	Independente	1
CLASSIFICAÇÃO 0 – 04 Muito Grave 05 – 09 Grave 10 – 14 Moderado 15 – 19 Moderado 20 – Independente	PONTUAÇÃO OBTIDA	—

16.2. Perfil Comportamental/Sensorial

Apresenta problemas na fala?

Não ____ Sim ____, Especificar: _____

Apresenta problemas de comportamento, tais como: teimosia, emotividade, agitação, desorientação, fuga, agressividade?

Não ____ Sim ____, Especificar: _____

Apresenta problemas de humor, tais como: tristeza, apatia, euforia?

Não ____ Sim ____, Especificar: _____

17. Situação do cliente face à Admissão

	Sim	Não
17.1 Reúne as condições de Admissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2. Integra a lista de espera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.3. Passa a Processo de Admissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: No ato da admissão, o Cliente deve entregar **Relatório Médico** que ateste a inexistência de doenças infecto-contagiosas ou de patologia aguda. Deve ainda conter a descrição do atual estado de saúde, a **prescrição** e a posologia médica dos medicamentos a tomar.

18. Assinaturas

Data: / / Cliente/Representante Legal

Data: / / Técnico do Gabinete Social

Procedimento: O Cliente/Representante Legal do Cliente preenche o impresso da inscrição.

O Gabinete Social valida a inscrição e procede à actualização da lista de inscrição/lista de espera, após a verificação da admissibilidade do cliente.

As informações constantes neste impresso constituem elementos fundamentais para o preenchimento da ficha de avaliação de diagnose.

Arquivar em dossier próprio para o efeito, datando e atribuindo número por resposta social.

Não serão recebidos quaisquer documentos a não ser no ato da admissão.