



**INSCRIÇÃO**

Data da Inscrição: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**1. Dados de Identificação do Cliente**

Nome Completo

Data Nascimento

/

/

Idade

Sexo

Escolaridade

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 da pessoa Responsável pelo cliente**

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 <sup>(1)</sup>	Montante
			Sim	Não		

Nota: <sup>(1)</sup> Reforma; Pensão Social; Subsídio Mensal Vitalício; Outro.

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

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

Não ☐

Sim ☐ Identificação do tutor \_\_\_\_\_

Parentesco/Relação \_\_\_\_\_

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

Serviço Apoio Domiciliário ☐ Outro ☐ Especifique: \_\_\_\_\_

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

Sim ☐ Quem? \_\_\_\_\_

Não ☐

9. 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: \_\_\_\_\_

☐

10. Necessidades Alimentares Especiais

Refeição	Horário	Tipo de Alimentos a Ingerir	Alergias Alimentares



### 11. Medicação e indicação terapêutica que o Idoso está a tomar

Medicamento	Jejum	P. Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar

### 12. História Clínica (breve caracterização)

13. Incapacidade(s) Sim ☐ Não ☐

Autónomo                      Semi-autónomo                      Acamado

#### 13.1. 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
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

**Estrutura Residencial para Idosos**

<b>TOMAR BANHO</b>	Dependente	<b>0</b>
	Independente	<b>1</b>
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> 0 – 04 Muito Grave 05 - 09 Grave 10 - 14 Moderado 15 – 19 Moderado 20 – Independente	<b>PONTUAÇÃO OBTIDA</b>	___

**13.2. 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: \_\_\_\_\_

<b>14. Situação do cliente face à admissão</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
14.1 Reúne as condições de admissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2. Integra a lista de espera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3. 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.

**15. Assinaturas**

Data:     /     /     Cliente/Responsável pelo Cliente

Data:     /     /     Técnico do Gabinete Social

Procedimento: O Cliente/Responsável pelo Cliente preenche o impresso da inscrição.

O Gabinete Social valida a inscrição e procede à atualização 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.