



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 ☐ Rede Social ☐ Outro ☐

Alimentação: Almoço + Lanche

☐ Jantar

Higiene Pessoal

☐ Grande Dependência

Tratamento de Roupas

☐ Diligências

Higiene Habitacional

☐ Apoio no processo de gestão da saúde

Animação sociocultural

☐ Serviços Complementares

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; Subsidio 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 ☐

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

Sim ☐ Não ☐ Especifique: _____

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

Sim ☐ **Quem?** _____

Não ☐

8. 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	<input type="checkbox"/>	Padrões de sono	<input type="checkbox"/>
Cardíacos	<input type="checkbox"/>	Depressivos	<input type="checkbox"/>
Hipertensão	<input type="checkbox"/>	Auditivos	<input type="checkbox"/>
Infeto-Contagiosas	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	Visão	<input type="checkbox"/>
Hábitos Tabágicos	<input type="checkbox"/>	Hábitos Alcoólicos	<input type="checkbox"/>
Outros: _____	<input type="checkbox"/>		

9. Necessidades Alimentares Especiais

Refeição	Horário	Tipo de Alimentos a Ingerir	Alergias Alimentares

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

Medicamento	Jejum	P. Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar

11. História Clínica (breve caracterização)

12. Incapacidade(s) Sim ☐ Não ☐

Autónomo **Semi-autónomo** **Acamado**

12.1. 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
TOMAR BANHO	Dependente	0
	Independente	1
CLASSIFICAÇÃO 0 – 04 Muito Grave 05 – 09 Grave 10 – 14 Moderado 15 – 19 Moderado 20 – Independente	PONTUAÇÃO OBTIDA _____	

12.2. 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: _____

13. Serviços solicitados

Serviços solicitados	Quais ?	Quando?		Periodicidade				Quantidade			
		Semana	Fim de Semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra
Cuidados de Higiene											
- Cuidados Pessoais											
- Cuidados de Imagem											
Fornecimento de Alimentação											
- Almoço e Lanche											

[illegible]

14. Observações

15. Situação do cliente face à admissão	Sim	Não
15.1 Reúne as condições de Admissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2. Integra a lista de Inscrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3. 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.

16. Assinaturas

[illegible]

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, 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.