

|                                                                                   |                           |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>FICHA DE INSCRIÇÃO</b> | <b>RESPOSTA SOCIAL</b><br>SAD <input type="checkbox"/><br>CD <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

|                      |                                                                         |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                                                         |
| Data de inscrição:   | Inscrição <input type="checkbox"/> Renovação <input type="checkbox"/>   |
| Motivo de inscrição: | Permanente <input type="checkbox"/> Temporária <input type="checkbox"/> |
| Justificação:        |                                                                         |
| Data de admissão:    |                                                                         |
| Data da saída:       |                                                                         |
| Motivo:              |                                                                         |

|                                |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
| <b>1. ELEMENTOS DO UTENTE</b>  |                           |
| Nome completo: _____           |                           |
| Nome a ser tratado: _____      |                           |
| Data de Nascimento: _____      | Idade: _____              |
| Estado Civil: _____            | N.º de Filhos: _____      |
| Habilitações Literárias: _____ | Profissão Exercida: _____ |
| Morada: _____                  |                           |
| Código Postal: _____           | Localidade: _____         |
| Telefone Fixo: _____           | Telemóvel: _____          |
| _____                          |                           |

|                                                 |                                              |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>2. DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE</b> |                                              |
| N.º Identificação Civil: _____                  | Validade: _____                              |
| N.º Identificação Fiscal: _____                 | N.º Identificação da Segurança Social: _____ |
| N.º de Utente: _____                            |                                              |
| _____                                           |                                              |

|                                                        |                              |                              |                    |  |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|--|
| <b>3. CONTEXTO HABITACIONAL</b>                        |                              |                              |                    |  |
| Há quantos anos vive no seu local de Residência atual? |                              |                              |                    |  |
| Tem um quarto só para si?                              | Sím <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Partilha com quem? |  |

|                                                                                   |                    |                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
|  | FICHA DE INSCRIÇÃO | RESPOSTA SOCIAL                                             |
|                                                                                   |                    | SAD <input type="checkbox"/><br>CD <input type="checkbox"/> |

| 4. COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR |       |                                  |                   |                                      |                        |
|------------------------------------|-------|----------------------------------|-------------------|--------------------------------------|------------------------|
| O Utente vive:                     |       | Isolado <input type="checkbox"/> |                   | Em Agregado <input type="checkbox"/> |                        |
| Nome                               | Idade | Parentesco                       | Vive com o utente |                                      | Meio de Vida Principal |
|                                    |       |                                  | Sim               | Não                                  |                        |
| Utente:                            |       |                                  |                   |                                      |                        |
|                                    |       |                                  |                   |                                      |                        |
|                                    |       |                                  |                   |                                      |                        |
|                                    |       |                                  |                   |                                      |                        |
|                                    |       |                                  |                   |                                      |                        |

| 5. SITUAÇÃO SOCIAL |         |                          |             |                          |
|--------------------|---------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Residência         | Própria | <input type="checkbox"/> | Alugada     | <input type="checkbox"/> |
| Residência         | Boa     | <input type="checkbox"/> | Suficiente  | <input type="checkbox"/> |
| Habita             | Só      | <input type="checkbox"/> | Acompanhado | <input type="checkbox"/> |
|                    |         |                          |             | Com quem:                |

| 6. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATOS DA PESSOA SIGNIFICATIVA DO UTENTE    |                     |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Nome P. Significativa:                                                    |                     |
| Grau de Parentesco:                                                       | Data de nascimento: |
| Morada:                                                                   |                     |
| Código Postal:                                                            | Localidade:         |
| Contacto telefónico:                                                      | Email:              |
| Alguém próximo frequenta instituição?                                     |                     |
| Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição? |                     |
| Nome P. Significativa:                                                    |                     |
| Grau de Parentesco:                                                       | Data de nascimento: |
| Morada:                                                                   |                     |
| Código Postal:                                                            | Localidade:         |
| Contacto telefónico:                                                      | Email:              |
| Alguém próximo frequenta instituição?                                     |                     |
| Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição? |                     |

|                                                                                   |                    |                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
|  | FICHA DE INSCRIÇÃO | RESPOSTA SOCIAL                                             |
|                                                                                   |                    | SAD <input type="checkbox"/><br>CD <input type="checkbox"/> |

| 7. INFORMAÇÃO            |               |
|--------------------------|---------------|
| Nome do Médico Família:  |               |
| Centro de Saúde:         | Contato:      |
| Seguro de Saúde:         |               |
| Médico de Especialidade: | Cardiologista |
|                          | Neurologista  |
|                          | Nefrologia    |
|                          | Ginecologista |
|                          | Outra         |
| Alergias:                | Intolerância: |
|                          |               |

| 8. PROBLEMAS DE SAÚDE |  |                   |  |                 |  |            |  |
|-----------------------|--|-------------------|--|-----------------|--|------------|--|
| Respiratórios         |  | Intestinais       |  | Padrão de Sono  |  | Reumatismo |  |
| Urinários             |  | Diabetes          |  | HTA             |  | Quais      |  |
| Aparelho Locomotor    |  | Infeto-contagiosa |  | Sistema Nervoso |  |            |  |
| Auditivos             |  | Cancerígena       |  | Depressivos     |  |            |  |
| Cardíacos             |  | Demência          |  | Visão           |  |            |  |
|                       |  |                   |  |                 |  |            |  |

| 9. MEDICAÇÃO E INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS |                              |           |        |        |        |        |
|----------------------------------------|------------------------------|-----------|--------|--------|--------|--------|
| Nome medicamento                       | Jejum                        | P. Almoço | Almoço | Lanche | Jantar | Deitar |
|                                        |                              |           |        |        |        |        |
|                                        |                              |           |        |        |        |        |
|                                        |                              |           |        |        |        |        |
|                                        |                              |           |        |        |        |        |
|                                        |                              |           |        |        |        |        |
|                                        |                              |           |        |        |        |        |
|                                        |                              |           |        |        |        |        |
| Medicação S.O.S.                       |                              |           |        |        |        |        |
| Nome medicamento                       | Descrição da situação S.O.S. |           |        |        |        |        |
|                                        |                              |           |        |        |        |        |
|                                        |                              |           |        |        |        |        |

|                                                                                   |                           |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>FICHA DE INSCRIÇÃO</b> | <b>RESPOSTA SOCIAL</b><br>SAD <input type="checkbox"/><br>CD <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

| 10. CONDIÇÃO DE SAÚDE         |              |                          |               |                          |             |                          |
|-------------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| <b>Situação:</b>              | Independente | <input type="checkbox"/> | Ajuda Parcial | <input type="checkbox"/> | Dependente  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Causa da Incapacidade:</b> | Congénica    | <input type="checkbox"/> | Adquirida     | <input type="checkbox"/> |             |                          |
| <b>Ajudas Técnicas:</b>       | Sim          | <input type="checkbox"/> | Não           | <input type="checkbox"/> | Qual:       | <input type="checkbox"/> |
| <b>Tipo de Ajuda:</b>         | Alimentação  | <input type="checkbox"/> | Higiene       | <input type="checkbox"/> | Mobilização | <input type="checkbox"/> |
| <b>Doenças Crónicas:</b>      |              |                          |               |                          |             |                          |
|                               |              |                          |               |                          |             |                          |

| 11. IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES ESPECIAIS                                      |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
|                                                                                  |                                   |
| <b>Atividades sensoriais</b>                                                     | <b>Assinalar quando aplicável</b> |
| <b>Fala</b>                                                                      |                                   |
| Exprime-se sem dificuldades                                                      |                                   |
| Exprime-se com dificuldades                                                      |                                   |
| <b>Visão</b>                                                                     |                                   |
| Vê sem dificuldades                                                              |                                   |
| Vê com dificuldades                                                              |                                   |
| Vê com dificuldades severas ou não vê                                            |                                   |
| <b>Audição</b>                                                                   |                                   |
| Ouve sem dificuldades                                                            |                                   |
| Ouve com dificuldades                                                            |                                   |
| Ouve com dificuldades severas ou não ouve                                        |                                   |
| <b>Atividades locomotoras</b>                                                    |                                   |
| Transferência                                                                    |                                   |
| Efetua sem dificuldades                                                          |                                   |
| Necessita de ajuda parcial ou de apoio                                           |                                   |
| <b>Deslocação no domicílio</b>                                                   |                                   |
| Efetua sem dificuldades                                                          |                                   |
| Necessita de ajuda humana ou técnica (bengala, andarilho)                        |                                   |
| Necessita de cadeira de rodas                                                    |                                   |
| <b>Espaço de vida</b>                                                            |                                   |
| Possível, no exterior ou em casa                                                 |                                   |
| Limitado ao domicílio                                                            |                                   |
| Limitado à cama                                                                  |                                   |
| <b>Trabalho doméstico</b>                                                        |                                   |
| Faz sem dificuldades                                                             |                                   |
| Necessita de ajuda parcial ou de apoio                                           |                                   |
| Necessita de ajuda total                                                         |                                   |
| <b>Atividades Mentais, Cognitivas e Comportamentais</b>                          |                                   |
| <b>Memória</b>                                                                   |                                   |
| Recorda factos ou acontecimentos sem dificuldades                                |                                   |
| Esquecimentos mais ou menos frequentes                                           |                                   |
| Amnésia                                                                          |                                   |
| <b>Orientação espacial</b>                                                       |                                   |
| Identifica os locais onde está                                                   |                                   |
| Identifica com dificuldade/precisa de apoio a identificar os locais onde está    |                                   |
| Não identifica onde está                                                         |                                   |
| <b>Orientação temporal</b>                                                       |                                   |
| Identifica os elementos de caracterização temporal                               |                                   |
| Identifica com dificuldades/precisa de apoio a identificar os elementos do tempo |                                   |
| Não identifica os elementos de caracterização temporal                           |                                   |

|                                                                                   |                           |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>FICHA DE INSCRIÇÃO</b> | <b>RESPOSTA SOCIAL</b><br>SAD <input type="checkbox"/><br>CD <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

| Comportamento                                                        | Assinalar quando aplicável |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Normal                                                               |                            |
| Tristeza ou irritabilidade                                           |                            |
| Apatia                                                               |                            |
| Agressividade                                                        |                            |
| <b>Comunicação</b>                                                   |                            |
| Comunica verbalmente com fluidez, expondo as suas ideias com clareza |                            |
| Comunica verbalmente com dificuldades                                |                            |
| Comunica através da língua gestual portuguesa                        |                            |
| <b>Outras atividades</b>                                             |                            |
| <b>Administrar do dinheiro</b>                                       |                            |
| Sem ajuda                                                            |                            |
| Necessita de ajuda parcial ou de apoio                               |                            |
| Necessita de ajuda total                                             |                            |
| <b>Usar o telefone/telemóvel</b>                                     |                            |
| Sem ajuda                                                            |                            |
| Necessita de ajuda parcial ou apoio                                  |                            |
| Necessita de ajuda total                                             |                            |

| 12. SERVIÇOS A MOBILIZAR                     |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
|----------------------------------------------|-------|--------|---------------|---------------|---------|-----------|--------|------------|----|----|
| Serviços Solicitados                         | Quais | Quando |               | Períodicidade |         |           |        | Frequência |    |    |
|                                              |       | Semana | Fim de Semana | Diária        | Semanal | Quinzenal | Mensal | 1x         | 2x | 3x |
| <b>Fornecimento de refeições</b>             |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Refeições                                    |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Apoio na refeição                            |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| <b>Higiene Pessoal e Conforto</b>            |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Higiene Pessoal                              |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Muda de fralda                               |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Banho completo                               |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Cortar unhas mãos e pés                      |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Aplicar creme                                |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Pentear                                      |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| <b>Higiene Habitacional</b>                  |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Limpeza geral                                |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Mudar roupa da cama                          |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Tratamento de roupas                         |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Recolha para higienização                    |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Entrega e acomodação da roupa                |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| <b>Atividades de animação e socialização</b> |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Animação                                     |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Transportes                                  |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Apoio na aquisição de bens e serviços        |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| Acompanhamento ao exterior                   |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |
| <b>Outro. Qual?</b>                          |       |        |               |               |         |           |        |            |    |    |

|                                                                                   |                           |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>FICHA DE INSCRIÇÃO</b> | <b>RESPOSTA SOCIAL</b><br>SAD <input type="checkbox"/><br>CD <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

| 13. SITUAÇÃO ECONÓMICA  |  |           |  |
|-------------------------|--|-----------|--|
| Pensão:                 |  | Despesas: |  |
| Cálculo da mensalidade: |  |           |  |

| 14. DOCUMENTOS A ENTREGAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                               |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Foram entregues todos os documentos:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Sim: <input type="checkbox"/> | Não: <input type="checkbox"/> |
| Assinale os documentos em falta à data da Inscrição:                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                               |                               |
| Cartão de Cidadão:<br><br>Bilhete de Identidade:<br><br>NIF:<br><br>NISS:<br><br>Cartão de Utente:<br><br>Boletim de vacinas atualizado:<br><br>Relatório médico, com descrição das patologias, bem como, a administração terapêutica:<br><br>Declaração Anual de Pensão:<br><br>Declaração comprovativa de rendimentos: IRS do utente ou do agregado: |  |                               |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                               |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                               |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                               |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                               |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                               |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                               |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                               |                               |

| 15. ASSINATURAS E DATA             |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Utente (Quando Aplicável)</b>   |  |
| <b>Pessoa Significativa</b>        |  |
| <b>Responsável pela Entrevista</b> |  |
|                                    |  |