	PROCESSO-CHAVE 01 Candidatura	Código: IMP02.IT01.PC01	
	Ficha de Inscrição	Pág: 01/10	Atualização: 09
		Data: 29.01.2020 RESPOSTA Serviço de Apoio Doméstico	

1.2. INSCRIÇÃO SEM EFEITO - MOTIVO

1.3. ADMISSÃO

Data de admissão _____ / _____ / _____

Nº PROCESSO _____

Valor da comparticipação familiar no ato de admissão _____

Observações:

1.4. DESISTÊNCIA APÓS ADMISSÃO / READMISSÃO

Data de desistência _____ / _____ / _____ Motivo: _____

Data de desistência _____ / _____ / _____ Motivo: _____

Data de readmissão _____ / _____ / _____ Motivo: _____

Data de readmissão _____ / _____ / _____ Motivo: _____

Observações: _____

2 - IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo _____ BI/CC _____

Data de nascimento _____ / _____ / _____ NIF _____ NISS _____


Morada _____

Código Postal _____ - _____ Freguesia _____ Concelho _____

CONTACTO(S) _____

2.1. AGREGADO FAMILIAR DO CLIENTE

Nome	Idade	Parentesco	Rendimento mensal líquido	Observações
Cliente	_____	_____		

	PROCESSO-CHAVE 01 Candidatura	Código: IMP02.IT01.PC01	
	Ficha de Inscrição	Pág: 01/10	Atualização: 09
		Data: 29.01.2020 RESPOSTA Serviço de Apoio Domilicllário	

2.2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DA PESSOA SIGNIFICATIVA DO CLIENTE

Nome _____ Parentesco/relação _____

Data de nascimento ____ / ____ / _____ Profissão/Ocupação _____

Morada _____

Contacto(s) _____

e-mail _____

3 - SAÚDE DO CLIENTE

3.1. ESTADO DE SAÚDE

Médico de Família _____ Extensão _____

Situação clínica _____


Obs. _____

3.2. DEPENDÊNCIA GLOBAL DO CLIENTE

- Autónimo, não necessita de apoio
- Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade
- Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade
- Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, outros)

3.3. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA ÁREA FUNCIONAL DO CLIENTE (assinalar com um X)

SERVIÇOS SOLICITADOS	AUTÓNOMO	APOIO PONTUAL	APOIO TOTAL	OBSERVAÇÕES
Banho	<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"/>	
Transferências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Higiene habitacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tratamento de roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mover-se ao exterior (fazer compras, outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toma medicamentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	PROCESSO-CHAVE 01 Candidatura	Código: IMP02.IT01.PC01	
	Ficha de Inscrição	Pág: 01/10	Atualização: 09
		Data: 06.11.2019 RESPOSTA Serviço de Apoio Domiciliário	

4 - REDE SOCIAL DE SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outro Serviço / Entidade?

Não

Sim. Quem? Qual a(s) resposta(s)? _____

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

Não

Sim. Qual (s) ? _____

Identifique o atual suporte assegurado ao cliente

Diário e permanente

Diário Pontual

Pontual

Inexistente

O cliente usufrui dos serviços de

Enfermagem


Fisioterapia

Massagem terapêutica

Outro. Qual? _____

5. SERVIÇOS SOLICITADOS PELO CLIENTE

SERVIÇOS	Nº vezes por dia	Nº dias por semana	FDS Assinalar X	OBS
Cuidados de higiene e conforto				
Fornecimento de alimentação				
Apoio na alimentação				
Cuidados médicos				
Cuidados de enfermagem				
Cuidados de reabilitação				
Assistência medicamentosa				
Higiene habitacional				
Tratamento de roupas				
Apoio na aquisição de bens e serviços				
Apoio social				
Apoio psicológico ao cliente				
Outro. Qual?				
Outro. Qual?				

	PROCESSO-CHAVE 01 Candidatura	Código: IMP02.IT01.PC01	
	Ficha de Inscrição	Pág: 01/10	Atualização: 09
		Data: 06.11.2019 RESPOSTA Serviço de Apoio Domiciliário	


6 - SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE

Rendimentos	Euros	Despesas mensais	Euros
Rendimento líquido/IRS		Renda de casa	
Reforma/mês		Medicação (doença crónica)	
Pensão social/mês		Outro. Qual?	
Complemento por dependência/mês		Outro. Qual?	
CSI/mês		Outro. Qual?	
Outro(s)		Outro. Qual?	
TOTAL			

6.1. OBSERVAÇÕES - SITUAÇÃO ECONÓMICA

7 - RELATÓRIO SOCIAL

Data ____/____/____ Assinatura do(a) colaborador(a) _____

	PROCESSO-CHAVE 01 Candidatura	Código: IMP02.IT01.PC01	
	Ficha de Inscrição	Pág: 01/10	Atualização: 09
		Data: 06.11.2019 RESPOSTA Serviço de Apoio Domiciliário	


10 - AVALIAÇÃO TÉCNICA APÓS PRIMEIRA VISITA DOMICILIÁRIA

Data ____/____/____ Assinatura do colaborador _____

Todas as informações disponíveis nesta ficha são confidenciais, não podendo ser utilizadas sem autorização prévia da família. A assinatura da presente ficha de inscrição implica o conhecimento e concordância prévia com as normas e Regulamento Interno do Serviço de Apoio Domiciliário.


Cliente ou Pessoa significativa

Diretora técnica da Instituição

	PROCESSO-CHAVE 01 Candidatura	Código: IMP02.IT01.PC01
	Ficha de Inscrição	Pág: 01/11 Atualização: 09
		Data: 23.01.2020 RESPOSTA Serviço de Apoio Domiciliário

ANEXO 01 - COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR - RECÁLCULO


RECÁLCULO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR	
Motivo do recálculo _____	
Serviço(s) solicitado(s) _____	
Periodicidade _____	Valor da comparticipação familiar _____
Cálculos: 	
Data de análise ____/____/____	Assinatura do colaborador _____
RECÁLCULO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR	
Motivo do recálculo _____	
Serviço(s) solicitado(s) _____	
Periodicidade _____	Valor da comparticipação familiar _____
Cálculos: 	
Data de análise ____/____/____	Assinatura do colaborador _____

	PROCESSO-CHAVE 01 Candidatura	Código: IMP02.IT01.PC01
	Ficha de Inscrição	Pág: 01/11 Atualização: 09
		Data: 23.01.2020 RESPOSTA Serviço de Apoio Domiciliário

ANEXO 02 - SERVIÇOS CONTRATUALIZADOS

Legenda **FDS** – Fim de Semana / **FE** – Feriado / **CF** – Participação Familiar


SERVIÇOS	_____ / _____ / _____				_____ / _____ / _____				_____ / _____ / _____				_____ / _____ / _____			
	Nº X dia	Nº dias semana	FDS FE	CF mês	Nº X dia	Nº dias semana	FDS FE	CF mês	Nº X dia	Nº dias semana	FDS FE	CF mês	Nº X dia	Nº dias semana	FDS FE	CF mês
A – Alimentação Fornecimento de alimentação																
AA - Alimentação Apoiada Apoio na alimentação																
CAD – Confeção de alimentos no domicílio																
HP - Higiene Pessoal Cuidados de higiene e conforto																
HPA - Higiene Pessoal Adiciona																
CI - Cuidados de imagem																
HH - Higiene Habitacional																
TR - Tratamento de Roupa																
CE - Cuidados de enfermagem																
AM - Assistência medicamentosa																
CR – Cuidados de reabilitação																
CM - Cuidados médicos																

	PROCESSO-CHAVE 01 Candidatura	Código: IMP02.IT01.PC01
	Ficha de Inscrição	Pág: 01/11 Atualização: 09
		Data: 23.01.2020 RESPOSTA Serviço de Apoio Domiciliário

ANEXO 02 - SERVIÇOS CONTRATUALIZADOS


 Legenda **FDS** - Fim de Semana / **FE** - Feriado / **CF** - Participação Familiar

SERVIÇOS	____/____/____				____/____/____				____/____/____				____/____/____			
	Nº X dia	Nº dias semana	FDS FE	CF mês	Nº X dia	Nº dias semana	FDS FE	CF mês	Nº X dia	Nº dias semana	FDS FE	CF mês	Nº X dia	Nº dias semana	FDS FE	CF mês
AS - Apoio Social																
APC - Apoio Psicológico ao Cliente																
APCI - Apoio Psicológico ao Cuidador Informal																
PRD - Pequenas reparações no domicílio																
ABS - Apoio na aquisição de Bens e Serviços																
AT - Apoio nas do transporte - deslocações																
AO - Atividades ocupacionais																
SAS - Serviço de animação/socialização																
OS - Outro(s) serviço(s). Qual?																
OS - Outro(s) serviço(s). Qual?																
OS - Outro(s) serviço(s). Qual?																

	PROCESSO-CHAVE 01 Candidatura	Código: IMP02.IT01.PC01	
	Ficha de Inscrição	Pág: 01/11	Atualização: 09
		Data: 23.01.2020 RESPOSTA Serviço de Apoio Domiciliário	

ANEXO 03 - HISTÓRICO DE COMPARTICIPAÇÕES FAMILIARES

Comparticipação Familiar inicial	_____ €	Data _____ / _____ / _____	OBS _____
Comparticipação Familiar	_____ €	Data de atualização _____ / _____ / _____	Motivo _____
Comparticipação Familiar	_____ €	Data de atualização _____ / _____ / _____	Motivo _____
Comparticipação Familiar	_____ €	Data de atualização _____ / _____ / _____	Motivo _____
Comparticipação Familiar	_____ €	Data de atualização _____ / _____ / _____	Motivo _____
Comparticipação Familiar	_____ €	Data de atualização _____ / _____ / _____	Motivo _____
Comparticipação Familiar	_____ €	Data de atualização _____ / _____ / _____	Motivo _____
Comparticipação Familiar	_____ €	Data de atualização _____ / _____ / _____	Motivo _____
Comparticipação Familiar	_____ €	Data de atualização _____ / _____ / _____	Motivo _____
Comparticipação Familiar	_____ €	Data de atualização _____ / _____ / _____	Motivo _____

	PROCESSO-CHAVE 01 Candidatura	Código: IMP02.IT01.PC01
		Pág: 01/11 Atualização: 09
	Ficha de Inscrição	Data: 23.01.2020 RESPOSTA Serviço de Apoio Domíllário