



FICHA DE INSCRIÇÃO/RENOVAÇÃO

SAD

Inscrição:

Renovação:

Data de Inscrição:

N.º de Entrada:

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome Completo: _____

Nome a ser Tratado: _____

Data de Nascimento: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone de Casa: _____

B. I. / Cartão de Cidadão n.º: _____

Telemóvel: _____

Contribuinte n.º _____

Beneficiário n.º _____

Regime de S. Social: _____

N.º de Utente: _____

Subsistema de Saúde: _____

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta Solicitada:

Temporária:

Permanente:

Alimentação:

Refeições:

Higiene Pessoal:

Grande Depêcia:

Higiene Habitacional:

Tratamento Roupa:

Fundamentação: _____

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO/CONTATOS(S) DA(S) PESSOA(S) DE REFERÊNCIA DO CLIENTE ⁽¹⁾

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Parentesco/Relação ⁽²⁾: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone: _____

Ocupação: _____



FICHA DE INSCRIÇÃO/RENOVAÇÃO

SAD

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Parentesco/Relação ⁽²⁾: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone: _____

Ocupação: _____

⁽¹⁾ Pessoa(s) próxima(s) - responsável legal, familiar, vizinho, amigos, outros

⁽²⁾ Parentesco - cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação - amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição?

Sim

Quem? _____

Não

Que Resposta Social? _____

4. REDE SOCIAL E DE SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Instituição?

Sim

Qual? _____

Não

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

Sim

Não

Identifique o atual suporte assegurado ao cliente:

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

Inexistente

O cliente usufrui dos serviços de / está integrado em:

Centro de Dia

Serviço de Apoio Domiciliário

Outro Serviço

Identifique qual a Instituição? _____

Identifique qual a Instituição? _____

Especifique qual, assim como a Instituição? _____

5. SAÚDE

Médico Família _____

Centro Saúde _____

Contacto _____

Problemas de Saúde

Respiratórios

Urinários

Sim

Não

Aparelho locumotor

Limitações físicas / incapacidades

Doenças cancerígenas

Cardíacos

Depressivos



FICHA DE INSCRIÇÃO/RENOVAÇÃO

SAD

| Problemas de Saúde | Sim | Não |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hipertensão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auditivos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Medicação e Indicação Terapeutica que o Cliente está a Tomar

| Medicamento | Jejum | Pequeno-almoço | Almoço | Jantar |
|-------------|-------|----------------|--------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

7. Perfil Comportamental / Sensorial

| | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Apresenta problemas na saúde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apresenta problemas de comportamento, tais como: teimosia, agitação, agressividade, fuga? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apresenta problemas de humor, tais como: tristeza, apatia, euforia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Sim

Não

(Assinale quais os documentos em falta e a respetiva data de entrega)

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------|
| BI / Cartão de Cidadão | <input type="checkbox"/> | Data de Entrega | ___/___/___ |
| N.º Contribuinte | <input type="checkbox"/> | Data de Entrega | ___/___/___ |
| Cartão de Beneficiário ou Pensionista | <input type="checkbox"/> | Data de Entrega | ___/___/___ |
| Cartão do Serviço Nacional de Saúde | <input type="checkbox"/> | Data de Entrega | ___/___/___ |
| Outros. Especificar: | <input type="checkbox"/> | Data de Entrega | ___/___/___ |

7. ASSINATURAS

+

Cliente

Data

___/___/___

Pessoa de Referência

Data

___/___/___

CSP de Nossa S^a de Fátima

Data

___/___/___