

Data de Inscrição:

Data de Admissão:

1. Dados de Identificação do Utente

Nome Completo:			
Data de Nascimento:		Idade:	Estado Civil:
Profissão:		Habilitações literárias:	
Morada:			
Código Postal:			
Telefone de casa:		Telemóvel:	
BI:	NIF:	NISS:	SNS:

2. Agregado Familiar

Nome:	Parentesco/ Relação:	Ocupação:

3. Dados de Identificação e Contactos da(s) Pessoa(s) Próxima(s) do Utente

Nome:	Parentesco/ Relação:
Morada:	Código Postal:
Telefone:	Ocupação:
Nome:	Parentesco/ Relação:
Morada:	Código Postal:
Telefone:	Ocupação:

4. Situação Económica

Rendimentos Mensais	
Rendimento do Trabalho	€
Reforma	€
Complemento por dependência	€
Outros	€
TOTAL:	€

Despesas Mensais	
Medicação	€
Renda de Casa	€
Alimentação	€
Outros	€
TOTAL:	€

5. Rede Social e Suporte

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades quotidianas (assinale com uma X)?

Sim

Não

Se sim, identifique o actual suporte assegurado ao candidato (assinale com uma X):

Diário e Permanente Diário Pontual Pontual

6. Situação Clínica (assinale com uma X)

Autónomo <input type="checkbox"/>	Semi-dependente <input type="checkbox"/>		Dependente <input type="checkbox"/>	
Movimentação:	<input type="checkbox"/> Andarilho	<input type="checkbox"/> Bengala	<input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/> Com ajuda de terceiros
Uso de:	<input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> Algália	<input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário	
Higienização:	<input type="checkbox"/> Sozinho	<input type="checkbox"/> Com ajuda	<input type="checkbox"/> Cama	<input type="checkbox"/> W.C.
Alimentação:	<input type="checkbox"/> Sozinho	<input type="checkbox"/> Com ajuda		
Tipo de alimentação:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Dieta mole	<input type="checkbox"/> Dieta hipo salina	<input type="checkbox"/> Dieta líquida
	<input type="checkbox"/> Dieta pastosa			

7. Saúde

Nome do Médico de Família:	
Centro de Saúde:	Telefone:
É seguido por algum especialista?	

8. Motivo do Pedido

9. Documentação Entregue

Fotocópia do Bilhete de Identidade	Data de Entrega:
Fotocópia do Cartão de Contribuinte	Data de Entrega:
Fotocópia do Cartão de Beneficiário da Segurança Social ou pensionista	Data de Entrega:
Fotocópia do Cartão de Saúde	Data de Entrega:
Comprovativo de Rendimentos e/ou Pensões	Data de Entrega:
Comprovativo de Despesas Fixas	Data de Entrega:
Declaração médica comprovativa da situação de saúde do candidato, com um resumo da história clínica, indicação da tabela terapêutica.	Data de Entrega:

10. Observações

11. Serviços Solicitados (assinale com uma X)

Serviços Solicitados	Quando			Periodicidade			Quantidade			Estimativa de Custo
	Semana	Sábado	Domingo	Semanal	Quinquenal	Mensal	1X	2X	Outra	
Alimentação										
Higiene habitacional										
Higiene Pessoal										
Higiene Avançada										
Tratamento da Roupa										
Idas ao médico/ exterior										
Medicação										
TOTAL:										

12. Critérios de Admissibilidade

A Organização ajusta-se às necessidades e expectativas do Cliente (assinale com uma X)?

Sim Não

A Organização pode dar resposta, internamente, ao pedido do cliente (assinale com uma X)?

Sim Não

Critérios de Selecção e Priorização (assinale com uma X):

	Ponderação*	Pontuação**	Resultado
<input type="checkbox"/> Ausência de estruturas familiares ou outros suportes que possam assegurar as necessidades básicas quotidianas			
<input type="checkbox"/> Grau de dependência			
<input type="checkbox"/> Ter residência nas localidades onde o CPS preste o SAD			
<input type="checkbox"/> Ser idoso e/ou família em situação socio-económica desfavorecida			
<input type="checkbox"/> Ser idoso em situação de isolamento social ou geográfico			
<input type="checkbox"/> Situação encaminhada pela Segurança Social			
<input type="checkbox"/> Desajustamento ou conflito familiar grave			
<input type="checkbox"/> Ser associado da Liga dos Amigos (sócios) do CPS			
TOTAL:			

* A definir pelo estabelecimento ** 0 – Não Aplicável; 1 – Aplicável

Admitido? Sim Não

Assinaturas

Utente:	Data:
Representante do Utente:	Data:
Instituição:	Data: