



FICHA DE INSCRIÇÃO

PARTE A – FICHA DE INSCRIÇÃO

Data de inscrição: _____

Data de admissão: _____

Nº de cliente: _____

RESPOSTA SOCIAL PRETENDIDA: SAD

CD

LAR

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

NOME: _____

NOME PELO QUAL DEVE SER TRATADO: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ - _____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ DATA DE COMEMORAÇÃO ____/____/____

IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

N.º TELEFONE: _____ N.º TELEMÓVEL: _____

BI/CC: _____ NIF: _____ NISS: _____

SISTEMA DE PROTECÇÃO NA VELHICE: _____

Nº UTENTE: _____ SUB-SISTEMA SAÚDE: _____

2. COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR DO CLIENTE

NOME	IDADE	PARENTESCO	VIVE COM O CLIENTE		MEIO DE VIDA PRINCIPAL ¹	RENDIMENTO MENSAL
			SIM	NÃO		
Cliente						

¹ Reforma; Pensão Social; Pensão mínima; Outro



FICHA DE INSCRIÇÃO

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

Sim Quem? _____

Não

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOAS PRÓXIMAS DO CLIENTE²

Nome: _____

Parentesco/Relação: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

N.º Telefone: _____ N.º Telemóvel: _____ Profissão: _____

Local de trabalho: _____

Nome: _____

Parentesco/Relação: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

N.º Telefone: _____ N.º Telemóvel: _____ Profissão: _____

Local de trabalho: _____

Nome: _____

Parentesco/Relação: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

N.º Telefone: _____ N.º Telemóvel: _____ Profissão: _____

Local de trabalho: _____

4. MOTIVO DO PEDIDO

²Pessoa (s) Próxima (s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros.



FICHA DE INSCRIÇÃO

5. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE

Grau de dependência global do cliente (de acordo com Índice de Barthel): (assinale um x)

- Independente (100)
- Dependência Leve (≥ 60)
- Dependência moderada (40-55)
- Dependência grave (20-35)
- Dependência total (<20)

6. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE

Rendimentos mensais:

Rendimento do Trabalho	€
Reforma	€
Pensão Social	€
Complemento por dependência	€
Rendimentos do agregado familiar	€
Outros (1)	€
Total:	€

Despesas mensais:

Saúde/Medicação	€
Renda de casa	€
Consumos de água, electricidade, gás e telefone	€
Alimentação	€
Fraldas, outras	€
Outros	€
Total:	€

(1) Indique quais _____

COMPARTICIPAÇÃO MENSAL: _____



FICHA DE INSCRIÇÃO

7. Em caso de inexistência de vaga, pretende ingressar na lista de candidatos? _____

Se respondeu não, indique o motivo: _____

8. DOCUMENTOS ENTREGUES NO PROCESSO DE CANDIDATURA:

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|
| Fotocópia do BI/CC | <input type="radio"/> | Fotocópia do cartão de beneficiário | <input type="radio"/> |
| Fotocópia do Cartão de Contribuinte | <input type="radio"/> | Comprovativo de Despesas com Medicação | <input type="radio"/> |
| Fotocópia do Recibo de Reforma | <input type="radio"/> | Comprovativo de Encargos com a Habitação | <input type="radio"/> |
| Fotocópia do Cartão de Utente | <input type="radio"/> | Relatório médico | <input type="radio"/> |

Assinaturas	Data
Cliente e/ou Significativos:	
Representante da SCMM:	

PARTE B – AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS

RESPOSTA SOCIAL PRETENDIDA: SAD
CD
LAR

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

NOME: _____
NOME PELO QUAL DEVE SER RATADO: _____
DATA NASCIMENTO ____/____/____ IDADE: _____

2. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNCIONALIDADE DO CLIENTE

(assinale com um x)	Autónomo	Necessita de apoio Pontual dos serviços	Necessita de apoio Total dos serviços
Banho			
Cuidados de imagem			
Vestir-se			



FICHA DE INSCRIÇÃO

Ir ao WC			
Subir e descer escadas			
Alimentação			
Mobilidade			
Continência			
Tratamentos de roupa			
Toma medicamentos			
Ocupação quotidiana do tempo			
Higiene Habitacional			
Acompanhamento ao exterior			
Administração do próprio dinheiro			

3. SAÚDE

Grupo Sanguíneo: _____

Nome do Médico/Assistente: _____

Centro de Saúde: _____ TLF: _____

3.1. ANTECEDENTES CLÍNICOS RELEVANTES

--



FICHA DE INSCRIÇÃO

--

3.2. PROBLEMAS DE SAÚDE

Respiratórios		Infecto contagiosas	
Urinários		Sistema Nervoso (Memória, Humor, Comportamento)	
Reumáticos		Auditivos	
Cardíacos		Visuais	
Hipertensão		Fala	
D. Cancerígenas		Motores	
Diabetes		Deficiência Mental	
Gastrointestinais		Outros. Quais?	

4. CONDIÇÕES DA HABITAÇÃO (se aplicável)

Condições da Habitação: Boa <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Má <input type="radio"/>
Casa: Própria <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> De Familiares <input type="radio"/>
Acessos: Bons <input type="radio"/> Razoáveis <input type="radio"/> Maus <input type="radio"/>



FICHA DE INSCRIÇÃO

Luz: Sim Não

Água Canalizada: Sim Não

Salubridade: Sim Não

Cozinha: Sim Não

Casa de Banho: Sim Não

Outras? _____

Grau de escolaridade:

Não sabe ler, nem escrever	<input type="radio"/>	Ensino Técnico Profissional	<input type="radio"/>
Sabe ler e escrever	<input type="radio"/>	Licenciatura	<input type="radio"/>
Ensino Básico (ensino primário)	<input type="radio"/>	Pós-graduação	<input type="radio"/>
Ensino Preparatório	<input type="radio"/>	Mestrado	<input type="radio"/>
Ensino secundário	<input type="radio"/>	Doutoramento	<input type="radio"/>

Última profissão:

Com que idade deixou de trabalhar?



FICHA DE INSCRIÇÃO

5. CRITÉRIOS DE SELECÇÃO E PRIORIZAÇÃO

	LAR	CENTRO DE DIA	SAD
1) O cliente tem 65 anos ou mais? <input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não, mas enquadra-se na alínea b), do nº1, art 6º do Regulamento para Lar de Idosos (1) <input type="checkbox"/> Não (0)		NÃO APLICÁVEL	
2) Grau de dependência <input type="checkbox"/> Dependência total (4) <input type="checkbox"/> Dependência grave (3) <input type="checkbox"/> Dependência moderada (2) <input type="checkbox"/> Dependência Leve (1) <input type="checkbox"/> Independente (0)		NÃO APLICÁVEL	
3) Vive isolado social e/ou demograficamente? <input type="checkbox"/> Vive completamente isolado, sem familiares, amigos ou vizinhos que prestem apoio (2) <input type="checkbox"/> Vive parcialmente isolado com apoio pontual de vizinhos e/ou familiares e amigos (1) <input type="checkbox"/> Possui uma boa rede social de suporte com relações de proximidade (0)			
4) Suporte assegurado pela família ao cliente para prestação de cuidados básicos <input type="checkbox"/> Inexistente (4) <input type="checkbox"/> Pontual (3) <input type="checkbox"/> Duas a três vezes por semana (2) <input type="checkbox"/> Diário e pontual (uma vez por dia) (1) <input type="checkbox"/> Diário e permanente (0)			



FICHA DE INSCRIÇÃO

5) Existência de desajustamento e/ou conflito familiar grave <input type="checkbox"/> Desajustamento e/ou conflito familiar grave e permanente (2) <input type="checkbox"/> Desajustamento e/ou conflito familiar pontual (1) <input type="checkbox"/> Ausência de conflitos familiar (0)			
6) É proveniente de meio social desprotegido? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)			
7) Condições da habitação <input type="checkbox"/> Má (2) <input type="checkbox"/> Razoável (1) <input type="checkbox"/> Boa (0)			NÃO APLICÁVEL
8) É utente de outra resposta da SCMM? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)			
9) É Benfeitor ou Irmão da Misericórdia? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)			
10) É familiar directo de utente já residente no Lar da SCMM? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)			
TOTAL	/20	/14	
PERCENTAGEM	%	%	%



FICHA DE INSCRIÇÃO

PARTE C – AVALIAÇÃO/PARECER DA EQUIPA TÉCNICA

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

NOME: _____
NOME PELO QUAL DEVE SER RATADO: _____
DATA NASCIMENTO ____/____/____ IDADE: _____

2. AVALIAÇÃO/PARECER:



FICHA DE INSCRIÇÃO

DIRECTORA TÉCNICA	DATA
-------------------	------

PARTE D – DESPACHO PELA DIREÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

NOME: _____	
NOME PELO QUAL DEVE SER RATADO: _____	
DATA NASCIMENTO ____/____/____	IDADE: _____

2. DESPACHO PELA DIRECÇÃO



FICHA DE INSCRIÇÃO

PELA DIRECÇÃO	DATA