

Data de Inscrição:

Data de Admissão:

Ponto de situação da inscrição (assinale com uma X):	<input type="checkbox"/> Admitido	N.º Processo:
	<input type="checkbox"/> Não admitida mas interessada em ingressar	
	<input type="checkbox"/> Não admitida e anulada a inscrição	
	<input type="checkbox"/> Não admitida e anulada a inscrição por não respeitar requisitos	
	<input type="checkbox"/> Anulada inscrição a pedido do utente/família	

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 de Suporte:

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

Sim Não

6. Visita às instalações:

O utente/família Visitou as instalações Sim

(assinale com uma X): Não, o utente/família assim o entendeu

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

Diário e Permanente Diário Pontual Pontual

7. 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				

8. Saúde:

Nome do Médico de Família:

Centro de Saúde:

Telefone:

É seguido por algum especialista?

9. Motivo do Pedido:

10. 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:

11. Observações:

12. Serviços Solicitados (assinale com uma X):

Serviços solicitados		Quando?	Periodicidade?			Quantidade?			Estima- tiva de custo
		Semana	Diária	Semanal	Quinzenal	1x	2x	3x	
Situação tipo	Pequeno-almoço, almoço e lanche	<input type="checkbox"/>							
	Convívio/ocupação	<input type="checkbox"/>							
	Cuidados de higiene	<input type="checkbox"/>							
	Tratamento de roupas	<input type="checkbox"/>							
	Acompanhamento ao médico (apenas no concelho)	<input type="checkbox"/>							
	Acompanhamento ao exterior (apenas no concelho)	<input type="checkbox"/>							
	Administração medicamentosa	<input type="checkbox"/>							
Outros associados, ou não, ao SAD	Jantar	<input type="checkbox"/>							
	Higiene habitacional	<input type="checkbox"/>							
	Almoço ao fim-de-semana	<input type="checkbox"/>							
	Apoio psicossocial utente e/ou família	<input type="checkbox"/>							
	Outro(s):	<input type="checkbox"/>							
TOTAL									

13. 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

14. Autorização Fotografias:

Autorizo a realização de fotografias/filmes nas actividades a levar a cabo, para fins de exposição de trabalhos, jornal e publicação/publicitação da instituição (assinale com uma X).

Sim Não

15. 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

Assinaturas

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

Apreciação final da candidatura:

- Cumpre os critérios e está dentro do limite de vagas do estabelecimento.
Data da entrevista de Pré-diagnóstico: ____/____/____
- Cumpre critérios mas não está dentro do limite de vagas do estabelecimento.
Aguarda admissão: _____
- Não cumpre os critérios.
Encerramento do processo: _____