

Data de Inscrição:		Data de Admissão	
Resposta Social:		Processo n.º	

1. Dados de Identificação do Utente

Nome completo:			
Nome pelo qual deve ser tratado:			
Data de Nascimento:		Sexo:	
		Idade:	
Morada:			
Código Postal:		Localidade:	
		Telemóvel:	
BI/C.C.:		Estado Civil:	
		Telef. Casa:	
NIF:			
NISS:		SNS:	
		Subsistemas de Saúde:	
Escolaridade:			
Profissão/Actividades que exerceu:			

2. Situação Familiar

Nome	Idade	Parentesco	Estado Civil	Profissão

GENOGRAMA

Dados de Identificação e Contactos da(s) Pessoa(s) Próxima do Utente (1)/ Representante Legal

Nome:			
Data de Nascimento:	0	Parentesco/Relação (2):	
Morada:			
Telefone:	0	Ocupação:	

(1) Pessoa(s) próxima(s) - responsável legal, familiares, vizinhos, amigos e outros
(2) Parentesco - cônjuge, filho(a), neto(a), outro; Relação - amig(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

3. Situação de Saúde

Médico de Família:			
Centro de Saúde:		Contacto:	
Grau de Dependência:	Autónomo	Dependência:	Mental
	Parcialmente dependente		Visual
	Dependente		Auditiva
	Totalmente dependente		Motora

4. Situação Habitacional

Regime:	Própria	Estado de Conservação	Bom
	Arrendada		Razoável
	Cedida		Mau
Conformidade e Salubridade:	Cozinha	Eletricidade	
	Quarto	Água	
	Sala	Esatots	
	WC	Barreiras Arquitetónicas	

5. Rede Social de Suporte

O Utente foi encaminhado por outra Organização?
 Sim Não Qual? _____

O Utente possui o relatório de "Avaliação e Certificação da Situação da Deficiência"?
 Sim Não (Trazer aquando da avaliação inicial de requisitos)
(Reunir condições para o momento formal de avaliação e certificação, no âmbito da avaliação inicial de requisitos)

O Utente tem usufruído dos serviços de/ou esteve integrado?
 Sim Não Qual? _____

6. Caracterização das(s) Deficiência(s) e Incapacidade(s)

Questões (assinale com x e especifique) Sim Não Especifique-as

Tipo de deficiência (s) e incapacidade (s)

Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e., funções mentais; estruturas relacionadas com o movimento)

Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação? (p.e., realizar auto cuidados; participar em associações formais)

Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?

Causa (s) da (s) deficiência (s) e incapacidade (s):

Congénita (s)

Adquirida (s)

Características da patologia:

Conceitos (CIF): Funções do corpo – funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas)
Estruturas do corpo – partes anatómicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes.
Limitações da actividade – dificuldades que um indivíduo possa ter na execução de actividades (entendidas como a execução de uma tarefa ou acção)
Restrição na participação – problemas que um indivíduo pode enfrentar, quando está envolvido em situações da vida real, entendendo-se participação como o envolvimento do indivíduo numa situação real

7. Hábitos e comportamentos

8. Documentos Entregues

Assinale quais os documentos em falta e, a respectiva data de entrega:

Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão	Data da entrega	_/_/
N.º Contribuinte	Data da entrega	_/_/
Cartão de Beneficiário da Segurança Social ou Pensionista	Data da entrega	_/_/
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	Data da entrega	_/_/
Comprovativo de Reforma	Data da entrega	_/_/
Relatório de "Avaliação e Certificação da Situação da Deficiência"	Data da entrega	_/_/
Documentos de Rendimentos do Agregado Familiar	Data da entrega	_/_/
Outros. Especificar _____	Data da entrega	_/_/

9.a Rendimento

Reforma	€	Medicação	
Complemento solidário do Idoso	€	Fraldas	
Complemento por Dependência	€	Outros	
Sobrevivência	€		
Outros	€		
TOTAL	€	TOTAL	

9.b Despesas Fixas

11. Parcer Social

Diretora Técnica: _____ Data: ____/____/____

O Utente / Cuidador: _____ Data: ____/____/____

Data de Inscrição:		Processo N.º:	
Data da Admissão:		Resposta Social:	
Saída:		Valor da Comparticipação:	
Motivo:			

1. Dados de Identificação do Utente

Nome completo:			
Nome pelo qual deve ser tratado:			
Data de Nascimento:		Sexo:	
		Idade:	
Morada:			
Código Postal:		Localidade:	
		Telemóvel:	
BI:		Estado Civil:	
		Telef. Casa:	
NIF:			
NISS:		SNS:	
		Subsistemas de Saúde:	
Profissão/Actividades que exerceu:			

2. Situação Familiar

Tem Filhos?	_____	Quantos?	_____	Acompanham o utente?	_____
-------------	-------	----------	-------	----------------------	-------

3. Dados de Identificação e Contactos da(s) Pessoa(s) Próxima do Utente (1) /Representante Legal

Nome:			
Data de Nascimento:		Parentesco/Relação (2):	
Morada:			
Telefone:		Ocupação:	

(1) Pessoa(s) próxima(s) - responsável legal, familiares, vizinhos, amigos e outros
(2) Parentesco - cônjuge, filho(a), neto(a), outro; Relação - amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

4. Situação de Saúde

Médico de Família:	_____		
Centro de Saúde:	_____	Contacto:	_____

5. Caracterização das(s) Deficiência(s) e Incapacidade(s)

Questões (assinale com x e especifique)	Sim	Não	Especifique-as
Tipo de deficiência (s) e incapacidade (s)			
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e., funções mentais; estruturas relacionadas com o movimento)			
Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação? (p.e., realizar auto cuidados; participar em associações formais)			
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?			
Causa (s) da (s) deficiência (s) e incapacidade (s):			
Congénita (s)			
Adquirida (s)			
Características da patologia:			

Conceitos: Funções do corpo – funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas)
(CIF) Estruturas do corpo – partes anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes.
Limitações da actividade – dificuldades que um indivíduo possa ter na execução de actividades (entendidas como a execução de uma tarefa ou acção)
Restrições de participação – problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações de vida real, entendidas como participação em...

6. Situação Económica

Reforma	_____	€	Medicação	_____	€		
Complemento solidário do Idoso	_____	€	Fraldas	_____	€		
Complemento por Dependência	_____	€	Outros	_____	€		
Sobrevivência	_____	€					
Outros	_____	€					
TOTAL		0	€	TOTAL		0	€

7. Calculo da Comparticipação

8. Gostos e Interesses

9. Observações

10. Contrato

O(a) _____ foi admitida na respetiva valência, sendo a sua admissão formalizada através de assinatura do contrato de prestação de serviços, e da entrega de um exemplar do Regulamento Interno do equipamento, no dia ____/____/____.

O Provedor: _____ Data: ____/____/____

Diretora Técnica: _____ Data: ____/____/____

O Utente / Cuidador: _____ Data: ____/____/____