



**INFORMAÇÃO PARA INSCRIÇÃO
EM SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO**

Documentos para Inscrição em Apoio Domiciliário

- Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, Cartão de Contribuinte, Cartão de Beneficiário (Segurança Social) e Cartão de Utente do Centro de Saúde
- Comprovativo de Reforma
- Comprovativo de IRS e nota de liquidação
- Comprovativo das despesas mensais fixas: água, luz, renda, gás e despesas crónicas de saúde.
- Carta médica com medicação e problemas de saúde
- Boletim de vacinas
- Atestado multiusos
- Última alta hospitalar

Centro Social São Martinho de Aldoar
Rua Dr. João Fernandes Lopes Neves, 60
Telefone: 22 618 73 28
E-mail: geral@cssma.pt

1. INFORMAÇÕES GERAIS

Data Candidatura:

Admissão Sim Não

Pessoa contactada:

Modo de contacto:

Motivo da não admissão:

Data de admissão ou não: Utente nº:

Data de entrada no acordo: Gestor do Processo

Saída em: Motivo da saída:

2. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome Completo:

Estado civil: Data de nascimento:

Morada:

Código Postal: Telefone:

Documento de identificação: Telemóvel:

Nº Contribuinte: Nº SNS

Nº Beneficiário SS

3. CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

Isolado

Nome		Parentesco	Contacto	Vive com o Utente	
				Sim	Não
Utente	(1)				

(1) Colocar "R" na pessoa responsável pelo utente.

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

Próprio RS

Sim Quem?

Não

4. MOTIVO DO PEDIDO

Qual o motivo/interesse da inscrição na instituição? O serviço será temporário ou permanente? O que espera do serviço?

5. SITUAÇÃO CLÍNICA

Autónomo

Semi-dependente

Dependente

Incapacidade / Deficiência

Mental Visual Motora Auditiva

Movimenta-se:

Sozinho Bengal Com ajuda de 3^{os} Andarilho Cadeira de rodas Cama

Usa:

Fralda Cueca-fralda Penso Algália Colostomia

Higiene pessoal:

Sozinho Com ajuda Cama W.C.

Alimentação:

Sozinho Com ajuda Vinho Café Cevada

Normal Dieta Diabética Dieta mole Dieta líquida

Medicação:

Sim Não Preparação pelo próprio

Sozinho Com ajuda

Grupo Sanguíneo:

6. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O encaminhamento do candidato foi efetuado por

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

Sim Não

Se sim, qual o atual suporte assegurado ao candidato?

Diário e permanente
Diário e Pontual

Pontual
Inexistente

7. VISITA ÀS INSTALAÇÕESO utente visitou as instalações? Sim Não Motivo da não visita: Nova agenda de visita: **8. SERVIÇOS SOLICITADOS**

Serviços	Serviços solicitados	Periodicidade		Observações
		Semana	Fins-de-semana	
Higiene pessoal				
Higiene habitacional				
Apoio no Pequeno-almoço				
Almoço com / sem apoio				
Apoio no lanche				
Sopa para a noite				
Assistência medicamentosa				
Atividades socioculturais e desportivas				
Atividades quotidianas				
Apoio social				
Apoio psicológico ao utente / à família				
Tratamento de roupas				
Apoio na aquisição bens/serviços				
Acompanhamento ao exterior				
Outro. Qual?				

9. ASSINATURASUtente: Representante do utente: Técnica: Data: **OBSERVAÇÕES**