Casa do Povo de Bitarães

FICHA DE INSCRIÇÃO

Resposta Social Pretendida: **(foto)**

◯ **ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas)** ◯ **Centro de Dia**

◯ **SAD (Serviço de Apoio Domiciliário)** ◯ **Centro de Convívio**

A preencher pela Instituição:

Data de inscrição: ____/____/_____ Data de admissão: ____/____/_____

N.º de entrada: _____ N.º do processo/cliente: _____

Data de saída: ____/____/_____ Motivo: _____

A preencher pelo(a)/com o(a) cliente/utente e/ou familiar/representante legal:

1. Dados de Identificação

Nome completo: _____

Nome pelo qual é tratado (a):

_____

Data de nascimento: ____/____/_____ Idade: _____ Sexo: _____

Morada: _____

Código Postal: _____-_____ Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ Telefone/Telemóvel: _____

N.º CC/BI: _____ Validade: _____

N´.º Identificação Fiscal: _____N.º Id. Segurança Social: _____

N.º Utente (SNS) _____Escolaridade: _____

Profissão que exercia: _____

---

2. Dados de identificação do (a) responsável pelo (a) cliente/utente

Nome completo: _____

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

Morada: _____

Código Postal: _____-_____ Estado Civil:_____

Naturalidade: _____ Telefone/Telemóvel: _____

N.º CC/BI: _____ N.º Identificação Fiscal: _____

N.º Id. Segurança Social: _____ Profissão _____

E-mail: _____

3. Situação Familiar

Tem filhos (as)? ◯ Sim ◯ Não Se sim, quantos? _____

4. Dados de Identificação e Contactos das pessoas Próximas do (a) Utente/Cliente

Identificação das pessoas que compõem o agregado familiar ou pessoas de referência para o utente/cliente:

Nome	Idade	Parentesco/ Relação	Reside com o(a) utente/cliente?	Contacto

5. Motivo do Pedido

Resposta solicitada: ◯ Temporária ◯ Permanente

Motivo da inscrição na Instituição:

_____

_____

_____

_____

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

◯ Sim Se sim, quem e em que serviço trabalha(m) frequenta(m)?

◯ Não _____

6. Rede Social de Suporte

O(A) cliente/utente foi encaminhado(a) por outra Instituição?

◯ Sim ◯ Não Se sim, qual? _____

O (A) cliente/utente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades de vida diária?

◯ Sim ◯ Não

Identifique o atual suporte assegurado ao (à) candidato (a):

◯ Diário e permanente ◯ Diário pontual ◯ Pontual ◯ Inexistente

O (A) candidato (a) tem usufruído dos serviços de/ou esteve integrado (a) em:

◯ SAD ◯ Centro de Dia ◯ Centro de Convívio ◯ Não se aplica

◯ Outro Serviço ◯ Qual? (Especifique o serviço e o estabelecimento) _____

7. Situação económica

Rendimento mensal do (a) utente/cliente:

Reforma/Pensão: _____€

Sobrevivência: _____€

Compl. por dep.: _____€

Outros: _____€

Total de rendimentos mensais:

_____€

Despesas mensais do (a) utente/cliente:

Fraldas ou outros: _____€

Medicação: _____€

Renda Casa: _____€

Emp. Bancários: _____€

Outros: _____€

Total de despesas mensais:

_____€

8. Cópias da documentação necessária (deve protegê-las com uma marcação/traço, com a descrição de que se destina à inscrição nesta Instituição, datada e assinada)

Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?

◯ Sim ◯ Não

Assinale quais os documentos em falta:

◯ Bilhete de Identidade/ Cartão de Cidadão ◯ Cartão da Segurança Social

◯ Cartão de Contribuinte ◯ Cartão de Utente do SNS

◯ Outro Qual? _____

---

9. Assinaturas

Utente/ Cliente: _____ Data: ____/____/____

Representante do(a) Utente/ Cliente: _____Data: ____/____/____

Técnico da Instituição: _____ Data: ____/____/____

Casa do Povo de Bitarães

Anexo à Ficha de Inscrição

Informação de Saúde (solicita-se a entrega deste documento em envelope fechado)

1. **Dados de identificação do(a) utente/ cliente**

Nome completo: _____

_____

2. **Histórico Médico**

Estado de saúde: ◯ Bom ◯ Razoável ◯ mau

Enfermidades/ Doenças:

_____

Operações:_____

_____

Tratamentos:_____

_____

Recorre com frequência aos Serviços de Saúde? ◯Sim ◯ Não

Com que frequência? _____

Médico de família: _____Contacto: _____ Unidade Familiar:_____

Médico(s) Especialista(s): _____Contacto(s) _____

---

3. **Situação clínica**

Situação de dependência: ◯Autónomo ◯Semi-dependente ◯Dependente

Movimentação: ◯Andarilho ◯Bengala ◯Cadeira de rodas ◯Com ajuda de 3.º ◯Moletas ◯Acamado

Uso de: ◯Fralda ◯Algália ◯Dispositivo urinário ◯Saco de ostomia

Higienização: ◯Sozinho ◯Com ajuda ◯Na cama ◯ No WC

Alimentação: ◯Sozinho ◯Com ajuda ◯Sonda nasogástrica/PEG

Tipo de alimentação: ◯ Normal ◯ Dieta mole ◯Dieta hipossalina ◯ Dieta pastosa ◯ Dieta líquida