

FICHA INSCRIÇÃO

<input type="checkbox"/>	ERPI	<input type="checkbox"/>	CD
--------------------------	------	--------------------------	----

DADOS PESSOAIS:

Nome:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Natural de:

Morada:

Bilhete de Identidade n.º: **válido ate:**

NIF.:

NISS:

Beneficiário da ADSE n.º:

Utente do SNS n.º:

Médico de Família: **Centro de Saúde:** **Extensão:**

Subsistema de Saúde:

Data de admissão na entidade cuidadora:

FAMILIAR DE CONTACTO:

Nome:

Residência:

Código Postal:

Naturalidade:

Parentesco:

Estado Civil:

B.I./ C.C.:

NIF:

Telemóvel:

FICHA INSCRIÇÃO

MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária: _____ Permanente: _____

Fundamentação:

DEPENDENCIA DO/A CANDIDATO/A:

Grau de Dependência Global do/a Candidato/a	
Autónomo, não necessita de apoio	<input type="checkbox"/>
Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana	<input type="checkbox"/>
Necessita de apoio na higiene pessoal	<input type="checkbox"/>
Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas	<input type="checkbox"/>

BREVE CARATERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO UTENTE

O utente vive:

Isolado: _____ Em agregado: _____ N° de filhos: _____

Situação familiar:

Bom suporte: _____ Fraco suporte: _____ Inexistente: _____

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

Sim: _____ Não: _____

Quem? _____

FICHA INSCRIÇÃO

SAÚDE:

Grupo Sanguíneo: _____

Antecedentes Clínicos _____

Intolerâncias alimentares: _____

ALIMENTAÇÃO:

Tipo de Alimentação	
Normal	
Pastosa	
Diabética	
Hipertensa	

PROBLEMAS DE SAÚDE DO UTENTE:

Respiratórios		Infecção contagiosas	
Urinários		Sistema Nervoso (Humor, Memória, Comportamentos)	
Reumáticos		Auditivos	
Cardíacos		Visuais	
Hipertensão		Fala	
D. Cancerígenas		Motores	
Diabetes		Deficiência	

FICHA INSCRIÇÃO

Gastrointestinais		Outros, Quais?	
-------------------	--	----------------	--

DOCUMENTOS PESSOAIS:

Documentos Entregues	Data de Entrega
Fotocopia do BI/CC	
Fotocopia do contribuinte	
Fotocopia de Comprovativo de Reforma	
Fotocopia do cartão de Utente	
Comprovativo de Despesas com Medicação	
Relatório Médico	
Guia Terapêutico	

SAÍDA:

Motivo

Data: _____

Assinatura do Utente: _____

Assinatura do Responsável: _____