

1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome a ser tratado(a):

NOME:

NIF:

Data de Nascimento:

Nº Segurança Social (NISS):

BI :

Nº DO SNS:

Telemóvel:

Reg. Seg. Social:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO EXERCIDA:

MORADA:

Localidade:

- Código Postal:

- Viseu

2. MOTIVO DO PEDIDO DE INSCRIÇÃO:

POR SENTIREM DIFICULDADE E ESTAR SÓ

POR VIVER SOZINHA

3. IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DA PESSOA PRÓXIMA DO UTENTE:

NOME

TELEFONE

PARENTESCO / RELAÇÃO

4. AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS

4.1. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNCIONALIDADE DO UTENTE

QUESTÕES (ASSINALE COM X)

AUTÓNOMO

NECESSITA DE APOIO PONTUAL DOS SERVIÇOS

NECESSITA DE APOIO PERMANENTE DOS SERVIÇOS

QUESTÕES (ASSINALE COM X)	AUTÓNOMO	NECESSITA DE APOIO PONTUAL DOS SERVIÇOS	NECESSITA DE APOIO PERMANENTE DOS SERVIÇOS
BANHO			
CUIDADOS DE IMAGEM			
VESTIR-SE			
IR AO WC			
ALIMENTAÇÃO			
MOBILIDADE			
TRATAMENTO DE ROUPAS			
TOMA MEDICAMENTOS			
OCUPAÇÃO DO TEMPO LIVRE			
ACOMPANHAMENTO AO EXTERIOR			

4.2. DESCRIÇÃO DO ENQUADRAMENTO FAMILIAR E/OU SUPORTE

4.3. DESCRIÇÃO DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÓMICAS

4.4. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

O UTENTE POSSUI IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS?

SIM

NÃO

X

AUSÊNCIA OU INDISPONIBILIDADE DA FAMÍLIA PARA ASSEGURAR OS CUIDADOS NECESSÁRIOS?

X

4.5. CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

		PONTUAÇÃO	
		1 A 6	
1º	SER RELIGIOSA OU COLABORADOR (A) NA AÇÃO PASTORAL	6	OBSERVAÇÃO
2º	SER FAMILIAR DE RELIGIOSA	5	
3º	PERTENCER À FAMÍLIA JESUS MARIA JOSÉ	4	
4º	ISOLAMENTO PESSOAL/ ABANDONO POR PARTE DA FAMÍLIA	3	
5º	INCAPACIDADE/DEPENDÊNCIA FÍSICA/MENTAL / INDISPONIBILIDADE DA FAMÍLIA PARA ASSEGURAR OS CUIDADOS NECESSÁRIOS	2	
6º	INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS, DE CONDIÇÕES HABITACIONAIS CONDIGNAS, QUE IMPOSSIBILITEM A PERMANÊNCIA DO IDOSO NO SEU DOMICÍLIO	1	

FICHA DE INSCRIÇÃO

RJMJ

O UTENTE É ADMISSÍVEL?

SIM

NÃO

OBSERVAÇÕES:

5. ASSINATURAS

CLIENTE:

DATA:

SIGNIFICATIVOS:

DATA:

INSTITUIÇÃO:

DATA:

ADMITIDO — Documentos a entregar: CC/BI / NIF / Comprovativo de Pensionista / Cartão Nacional Saúde / B. Vacinas / Prescrição Medicamentos a tomar.

Documentos do responsável do Residente: BI/CC, NIF, IRS / Outro: _____

1. SAÚDE:

Nome e contacto do Médico de Família: _____ Centro de Saúde: _____

Em caso de urgência contactar: _____ Tele/Telem: _____

Alergias: Sim Não Quais? _____

Outros problemas específicos de saúde: _____

Alimentação: Dieta: Sim Não Qual? _____

Toma permanentemente medicamentos Quais? -----

Observações:

Email(s): _____

Data de Inscrição: ____/____/____

Data de Admissão: _____

Data de Saída: ____/____/____ Motivo: _____

Indicações Úteis: _____

2. SITUAÇÃO FINANCEIRA

Total de Rendimentos _____ Euros

Obrigações Financeiras: IMI: _____ Eletricidade: _____ Água: _____

Outros: _____

Comparticipação: _____ Euros – Quarto: _____

Pessoa Responsável

Direção

(Irmã Maria Salette Lourenço Pereira)