



S. Brás de Alportel, _____

Resposta(s) Social(ais):

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO NA VIDA ATIVA:

LOCAIS ONDE TRABALHOU:

DATA DE NASCIMENTO:

NATURAL DE :

CONCELHO DE:

DISTRITO DE:

RESIDENCIA EM:

CÓDIGO POSTAL:

BILHETE DE IDENTIDADE N.º

ARQUIVO DE:

EMITIDO EM:

CARTÃO DE UTENTE N.º

MÉDICO DE FAMÍLIA:

É SOCIO (A) DESDE:

CUIDADOS ESPECIAIS:

FONTES DE RENDIMENTO:

HABITA COM:

NOME DO FAMILIAR MAIS PRÓXIMO:

RESIDENTE EM:

CÓDIGO POSTAL:

TELEFONE:



IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS PRÓXIMAS

Nome:

Morada e telefone	Grau De Parentesco	Estado Civil	Profissão	Observações

Nome:

Morada e telefone	Grau De Parentesco	Estado Civil	Profissão	Observações

Nome:

Morada e telefone	Grau De Parentesco	Estado Civil	Profissão	Observações

AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNCIONALIDADE

Condições Habitacionais

Tipo de Habitação e Regime		Condições Habitacionais			
Casa	<input type="checkbox"/>	Água Canalizada	<input type="checkbox"/>	Esquentador	<input type="checkbox"/>
Apartamento	<input type="checkbox"/>	Rede de Esgotos	<input type="checkbox"/>	Luz	<input type="checkbox"/>
Quarto	<input type="checkbox"/>	Gás	<input type="checkbox"/>	Aquecimento	<input type="checkbox"/>
Outra _____	<input type="checkbox"/>	Observações (registar quais as condições que necessita):			
Qual o Regime:	<input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida				

Situação de Saúde

Problemas de Saúde			Mobilidade		
Respiratórios	<input type="checkbox"/>	Intestinais	<input type="checkbox"/>	Movimenta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>
Urinários	<input type="checkbox"/>	Doenças infecto-contagiosas	<input type="checkbox"/>	Movimenta-se com alguma facilidade	<input type="checkbox"/>
Reumáticos	<input type="checkbox"/>	Doenças Cancerígenas	<input type="checkbox"/>	Movimenta-se com muita dificuldade	<input type="checkbox"/>
Cardíacos	<input type="checkbox"/>	Sistema Nervoso Central	<input type="checkbox"/>	Em Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>
Hipertensão	<input type="checkbox"/>	Depressivos	<input type="checkbox"/>	Acamado	<input type="checkbox"/>
HIV/SIDA	<input type="checkbox"/>	Auditivos	<input type="checkbox"/>	Outro: _____	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Visão	<input type="checkbox"/>		
Alergias	<input type="checkbox"/>	Outro (s): _____	<input type="checkbox"/>		
Demência	<input type="checkbox"/>				

Avaliação da Autonomia

(assinale com uma X)	Autónomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio permanente dos serviços
Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Cuidados de higiene e imagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir ao WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar e deitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento de roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma medicamentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocupação do tempo livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O FUNCIONÁRIO

ASSINATURA

Observações: