



FICHA DE INSCRIÇÃO/ RENOVAÇÃO CENTRO DE DIA

A preencher pelos Serviços Nº de Inscrição: _____ Data de apresentação da inscrição: ___/___/___ Ponto de situação da inscrição: <input type="checkbox"/> Admitida <input type="checkbox"/> Não admitida, mas interessado/a em ingressar (lista de espera) <input type="checkbox"/> Não admitida e anulada inscrição pela família <input type="checkbox"/> Não admitida e anulada por não respeitar requisitos	Fotografia
---	------------

1 -Dados de identificação do sénior

Nome: _____ Nome pelo qual é tratado: _____ Data de nascimento ___/___/___ Idade: ___ Nº B.I. ou C. Cidadão: _____ Nº Contribuinte: _____ Nº Identificação da Segurança Social: _____ Nº Cartão de Utente saúde: _____ Estado civil: _____ Naturalidade: _____ Habilitações: _____ Profissão que exerceu: _____ Contacto: _____ Grupo Sanguíneo: _____
--

2.Dados de identificação do(a) responsável do sénior (a) (Se existente)

Nome _____ Morada: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Estado Civil: _____ Naturalidade: _____ Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Contacto do Trabalho: _____ Contacto pessoal: _____ Parentesco/relação: _____
--

3. Situação familiar (pessoas com as quais coabita)

Vive sozinho (a) _____ OU acompanhado por:
Nome: _____ Idade: _____ Parentesco _____ Profissão: _____
Nome: _____ Idade: _____ Parentesco _____ Profissão: _____
Nome: _____ Idade: _____ Parentesco _____ Profissão: _____
Nome: _____ Idade: _____ Parentesco _____ Profissão: _____

4.Tipo de Habitação

Do idoso <input type="checkbox"/> De familiar: <input type="checkbox"/> Arrendada: <input type="checkbox"/> Quem é o arrendatário? _____ Renda mensal? _____

5. Histórico clínico

Estado de saúde: Bom <input type="checkbox"/> Inspira cuidados <input type="checkbox"/> Frágil <input type="checkbox"/>
Enfermidades: _____
Cirurgias: _____
Tratamentos: _____
Recorre com frequência ao Centro de Saúde? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Frequência _____
Estabelecimento de saúde que o(a) acompanha? _____
Médico/a de família: _____
Médico/a Especialista: _____

6. Situação Clínica

Autónomo <input type="checkbox"/>	Semi – Dependente <input type="checkbox"/>	Dependente <input type="checkbox"/>		
Movimentação <input type="checkbox"/>	Andarilho <input type="checkbox"/>	Bengala <input type="checkbox"/>	Cadeira de rodas <input type="checkbox"/>	C/ ajuda de 3º <input type="checkbox"/>
Uso de <input type="checkbox"/>	Fralda <input type="checkbox"/>	Algália <input type="checkbox"/>	Dispositivo urinário <input type="checkbox"/>	
Higienização <input type="checkbox"/>	Sozinho <input type="checkbox"/>	Com ajuda <input type="checkbox"/>		
Alimentação <input type="checkbox"/>	Sozinho <input type="checkbox"/>	Com ajuda <input type="checkbox"/>		
Tipo de Alimentação: normal <input type="checkbox"/>	Dieta específica. Qual? _____			

7. Situação Económica do utente:

Rendimentos mensais: _____	Despesas Mensais: _____
----------------------------	-------------------------

8. Serviços solicitados

<input type="checkbox"/> Pequeno-almoço	<input type="checkbox"/> Transporte
<input type="checkbox"/> Almoço	<input type="checkbox"/> Atividades de animação sociocultural
<input type="checkbox"/> Lanche	<input type="checkbox"/> Cuidados de higiene
Qual o interesse/motivo da inscrição na Instituição: _____ _____	

9. Tempos livres

Gosta de ocupar o seu tempo a:	
<input type="checkbox"/> Ler	<input type="checkbox"/> Bordar
<input type="checkbox"/> Ver televisão	<input type="checkbox"/> Passear
<input type="checkbox"/> Ouvir música	<input type="checkbox"/> Fazer trabalhos de expressão plástica
<input type="checkbox"/> Fazer renda	<input type="checkbox"/> Jogar
<input type="checkbox"/> Jardinar	<input type="checkbox"/> Conversar
<input type="checkbox"/> Costurar	<input type="checkbox"/> Outras: quais? _____

10. Visita às instalações

O cliente visitou as instalações:

Sim Não

Mencione a razão da não visita às instalações:

11. Observações (identifique outras informações relevantes sobre o utente)

14. Valor da Comparticipação Familiar/Mensal:

_____ € (_____)

Assinaturas ou impressão digital do candidato [em caso de iletrado (a)]

Utente/Idoso

_____ Data: ____/____/____

Representante do Utente/Idoso (se existente)

_____ Data: ____/____/____

O CSJ Belinho

_____ Data: ____/____/____