



Ficha de Inscrição

Data de Inscrição:

N.

Entrada:

DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo:

Nome pelo qual
deve ser tratado:

Data de
Nascimento:

Sexo:

Idade:

Anos

Morada:

Código Postal:

Telefone Casa:

BI:

Telemóvel:

NIF:

NISS:

SNS:

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária

Permanente





Fundamentação (breve descrição da situação atual do cliente):

[Redacted area for client situation description]

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE (1)

Nome: [Redacted]

Data de Nascimento: [Redacted] Parentesco/ Relação(2): [Redacted]

Morada: [Redacted]

Código Postal: [Redacted]

Telefone: [Redacted] Ocupação: [Redacted]

Nome: [Redacted]

Data de Nascimento: [Redacted] Parentesco/ Relação (2): [Redacted]





Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

(1) Pessoa(s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

(2) Parentesco – conjugue, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), out

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

Sim <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Não <input type="radio"/>	

ASSINATURAS

Cliente	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Significativos/familiares	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organização	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>





Questionário sobre as capacidades do cliente

Nome : _____

- 1 . **Alimentação:** Come sozinho
Come com ajuda
Totalmente dependente para comer
- 2 . **Transferências** (Mudança de cama para cadeira): Muda de lugar sozinho
Precisa de ajuda
Totalmente dependente para se sentar
Acamado
- 3 . **Higiene** (lavar a cara, dentes e banho): Faz sozinho
Precisa de ajuda
- 4 . **Mobilidade** (caminhar alguns metros): Caminha sozinho, sem ajuda
Caminha pouco e com ajuda
Usa cadeira de rodas
Imóvel
- 5 . **Subir e descer escadas:** Sobe e desce sozinho
Precisa de ajuda
Totalmente dependente
- 6 . **Vestir:** Veste-se e despe-se sozinho
Precisa de ajuda
Totalmente dependente
- 7 . **Controlo urinário:** Sem acidentes
Acidentes ocasionais
Incontinente
- 8 . **Controlo intestinal:** Sem acidentes
Acidentes ocasionais
Incontinente

