



PC01 – Gestão do Acolhimento

CÓDIGO: PC01.IMP022

FICHA DE INSCRIÇÃO e  
AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

Verificado por: PD

Página 1 de 9

## 1. ATENDIMENTO — INFORMAÇÃO DISPONIBILIZADA AO CLIENTE

Data:	Resposta Social: Serviço de Apoio Domiciliário
Contacto presencial <input type="checkbox"/>	Contacto telefónico <input type="checkbox"/>
Nome do cliente:	
Contacto:	
Nome da pessoa que efetua o contacto:	
Contacto:	Relação com o cliente:


Tipo de Informação	Informação Disponibilizada	Documento Disponibilizado
Regulamento interno e Horário de funcionamento da ERPI / SAD e de todos os serviços		
Critérios de candidatura e admissão e Gestão da lista de candidatos		
Regulamento das comparticipações ou mensalidades dos clientes e seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos (redes pública, solidaria e privada)		
Modelo de intervenção para Idosos (serviços prestados, etc.)		
Boletim informativo		
Guião de Acolhimento		
Ficha de inscrição e Documentos a entregar com a ficha de inscrição		

	SIM	NÃO
Autoriza a reprodução do documento de identificação ao abrigo da Lei n.º 7 / 2007 de 05 de Fevereiro?		
Visita às Instalações		
Outra. Especificar:		
<b>Técnico da Organização para contacto:</b>		

**Nota:** Assinalar com X a situação verificada

Revisão nº: 0

Data Aprovação: 10/09/2018

	<b>PC01 – Gestão do Acolhimento</b>	CÓDIGO: <b>PC01.IMP022</b>
	<b>FICHA DE INSCRIÇÃO e AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO</b>	Verificado por: PD Página 2 de 9

## 2. FICHA DE INSCRIÇÃO

Data de Inscrição:	Nº de Processo:
--------------------	-----------------

### 2.1. Dados de Identificação do Cliente

Nome:		
Nome pelo qual deve ser tratado:		
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:
Morada:		
Código Postal:	Telef. casa:	Telemóvel:
BI / C. Cidadão:	NIF:	
Nº Beneficiário:	Reg. Seg. Social:	
Nº Utente:	Sub-sistema saúde:	

### 2.2. Motivo do Pedido

(Identificação contexto habitacional / condições de vida do cliente)	<b>Resposta solicitada:</b>	<b>Temporária</b> <input type="checkbox"/>	<b>Permanente</b> <input type="checkbox"/>

### 3. Dados de identificação do significativo<sup>1</sup>

Nome:		
Data de Nascimento:	Parentesco/Relação:	
Morada:		
Código Postal:	Telef.	Ocupação:

<sup>1</sup> (1) Pessoa(s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

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

Revisão nº: 0	Data Aprovação: 10/09/2018
---------------	----------------------------



PC01 – Gestão do Acolhimento

CÓDIGO: PC01.IMP022

**FICHA DE INSCRIÇÃO e  
AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO**

Verificado por: PD

Página 3 de 9

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/Relação:

Morada:

Código Postal:

Telemóvel:

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição?

Sim

Quem?

Não

Serviço:

#### 2.4. Rede Social de Suporte

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim  Qual?:

Não

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades da vida diária?  
(assinale com uma X)

Sim  Não

Identifique o atual suporte assegurado ao candidato:  
(assinale com uma X)

Diário e permanente

Pontual

Inexistente

O cliente usufrui dos serviços de / está integrado em:  
(assinale com uma X)

Serviço de Apoio Domiciliário  Qual a organização:

Centro de Dia

Outro Serviço  Especifique qual, assim como a organização:

#### 2.5. Caracterização da(s) Incapacidade(s)

Questões (assinale com x)	Sim	Não	Especifique-as
<b>Tipo de incapacidade(s)</b> Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e, funções auditivas; estrutura da coluna vertebral).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verificam-se limitações da atividade ou restrições da participação? (p.e., andar distancias longas; participar em atividades de grupo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Revisão nº: 0

Data Aprovação: 10/09/2018



PC01 – Gestão do Acolhimento

CÓDIGO: PC01.IMP022

**FICHA DE INSCRIÇÃO e  
AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO**

Verificado por: PD

Página 4 de 9

	Sim	Não	Especifique-as
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Causa(s) das incapacidade(s):</b>			
Congénita(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Adquirida(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**2.6. Cópias de todos os documentos necessários**

Documentos	Entregues	Data Entrega
Bilhete de Identidade / C. Cidadão	<input type="checkbox"/>	
Nº de Contribuinte	<input type="checkbox"/>	
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="checkbox"/>	
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="checkbox"/>	
IRS	<input type="checkbox"/>	
Outros. Especificar:	<input type="checkbox"/>	

**3. AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS****3.1. Avaliação Sumária da Funcionalidade do Cliente**

Atividades	Autónomo	Cuidados Pontuais	Cuidados Permanentes
Higiene Pessoal			
Banho			
Cuidados de Imagem			
Vestir			
Abotoar-se			
Deslocar-se ao W.C.			
Apoio na Refeição			
Administração Terapêutica			
Mobilidade / Deambulação			
Acompanhamento ao exterior (consultas)			
Aquisição de bens e serviços			
Ocupação dos tempos livres			
Acompanhamento psicossocial			
Usa Fralda: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
Observações:			

Revisão nº: 0

Data Aprovação: 10/09/2018

**FICHA DE INSCRIÇÃO e  
AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO****3.2 Serviços a mobilizar**

Serviços solicitados	Quais?	Quando?		Periodicidade				Número			
		Semana	Fim-de-semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra. Qual?
Alimentação											
Organização e higiene do espaço individual (Higiene Habitacional)											
Tratamento de roupas											
Cuidados de higiene pessoal (banho) / Imagem											
Apoio na refeição											
Preparação / Administração da terapêutica (S. Enfermagem)											
Cuidados de saúde _ Ac. Médico / Marcação exames e consultas											
Transportes											
Apoio na aquisição de bens e serviços											
Serviços de Fisioterapia											
Apoio Psicossocial											
Animação Sociocultural											
Outro. Qual?											

**3.3. Descrição do enquadramento familiar de suporte**

--

**3.4. Descrição das condições socioeconómicas**

--

**4. Observações decorrentes da entrevista****5. Informação de Admissibilidade**Sim  Porquê?Não 

Encontra-se em situação de poder vir a integrar esta Instituição e salvo orientação contrária, ficará, automaticamente, inscrito na Lista de Candidatos.

**NÃO** se encontra em situação de poder vir a integrar esta Instituição.**ASSINATURAS**

Cliente

Data: / /

Significativo

Data: / /

Assistente Social

Data: / /

**6. Relatório de Visita (SAD)****6.1. Avaliação do Domicílio e Condições de Vida**

Agendamento da Visita: / /	Técnico Responsável:	Tomei conhecimento: O Cliente: _____
<b>S.</b> <b>N.</b>		
Água Canalizada: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Luz: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esgotos: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acessibilidades: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**PC01 – Gestão do Acolhimento**

CÓDIGO: PC01.IMP022

Verificado por: PD

Página 7 de 9

**FICHA DE INSCRIÇÃO e  
AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO**

<b>CRITÉRIOS</b>		<b>Pontuação</b>	<b>Ponderação</b>
<b>1</b>	Pessoas / grupos, social e economicamente mais desfavorecidos		
	Não usufruir da pensão da velhice		15
	Rendimentos entre € 100,00 e € 450,00		10
	Rendimentos acima dos € 451,00		5
<b>2</b>	Ter naturalidade ou residência na área geográfica de abrangência institucional		2
<b>3</b>	Idade do cliente		
	Dos 65 anos até aos 70 anos, inclusive		1
	Dos 71 anos até aos 80 anos, inclusive		2
	A partir dos 81 anos		5
<b>4</b>	Risco de isolamento social e/ou geográfico		11
<b>5</b>	Situações de emergência social		6
<b>6</b>	Inexistência de retaguarda familiar e/ou sem condições de prestação dos cuidados necessários		7
<b>7</b>	Nível de independência ((in)capacidade para assegurar as atividades da vida diária)		
	Dependência total		08
	Dependência grave		07
	Dependência moderada		05
	Dependência muito leve		04
	Independência		0
<b>8</b>	Ter um familiar a frequentar a resposta social		1
<b>9</b>	Data de inscrição, na Lista de Candidatos		1
<b>10</b>	Encaminhamento da Segurança Social		5
<b>11</b>	Ser sócio da Casa do Povo de Leomil		5
	<b>Total</b>		<b>100</b>



PC01 – Gestão do Acolhimento

CÓDIGO: PC01.IMP022

Verificado por: PD

Página 8 de 9

**FICHA DE INSCRIÇÃO e  
AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO****Anexo 1\_ Índice de Barthel** (Mahoney & Barthel, 1965)

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	AVALIAÇÃO
<b>1. Higiene Pessoal</b>		
Necessita de ajuda com o cuidado pessoal (higiene parcial)	0	
Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5	
<b>2. Banho</b>		
Dependente	0	
Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	5	
<b>3. Vestir-se</b>		
Dependente	0	
Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	5	
Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10	
<b>4. Ir à casa de banho (uso de sanitário)</b>		
Dependente	0	
Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	5	
Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	10	
<b>5. Evacuar</b>		
Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	0	
Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)	5	
Continente (não apresenta episódios de incontinência)	10	
<b>6. Urinar</b>		
Incontinente ou algaliado	0	
Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)	5	
Continente (por mais de 7 dias)	10	
<b>7. Alimentação</b>		
Incapaz	0	
Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	5	
Independente (a comida é providenciada)	10	
<b>8. Escadas</b>		
Incapaz	0	
Necessita de ajuda ou supervisão (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha)	5	
Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	10	





PC01 – Gestão do Acolhimento

CÓDIGO: PC01.IMP022

FICHA DE INSCRIÇÃO e  
AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

Verificado por: PD

Página 9 de 9

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	AVALIAÇÃO	
<b>9. Mobilidade (deambulação)</b>			
Imobilizado	0		
Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.	5		
Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	10		
Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	15		
<b>10. Transferências (cadeira /cama)</b>			
Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se	0		
Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), consegue sentar-se	5		
Pequena ajuda (verbal ou física)	10		
Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	15		
	<b>Total da Avaliação</b>		
	<b>Níveis de dependência</b>	<b>Escala de Avaliação</b>	<b>Avaliação</b>
	Dependência total	0 a 20	
	Dependência grave	21 a 60	
	Dependência moderada	61 a 90	
	Dependência muito Leve	91 a 99	
	Independência	100	

**7. Parecer Técnico** (a remeter para a Direção da Casa do Povo de Leomil)

<b>A Diretora Técnica:</b>	<b>Data:</b>

**8. Deferimento do Parecer Técnico**

<b>O Presidente da Direção:</b>	<b>Data:</b>