

PEDIDO DE INTERNAMENTO ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS

CASAL INDIVIDUAL

DATA: / /

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: / **IDADE:** ANOS

DATA DE NASCIMENTO: / / **DATA DE COMEMORAÇÃO:** / /

Nº C.C./B.I.: **ESTADO CIVIL:**

NATURALIDADE:

FREGUESIA: **CONCELHO:**

RESIDÊNCIA:

CÓDIGO POSTAL: - **CONTACTO:**

FREGUESIA: **CONCELHO:**

MOTIVO DO PEDIDO:

PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS RELEVANTES:

DUAS PESSOAS RESPONSÁVEIS PELO INTERNAMENTO E PELA PROPOSTA DE INSCRIÇÃO:

NOME: **AFINIDADE:**

MORADA:

CÓDIGO POSTAL: -

CONTACTOS: **E-MAIL:**

ASSINATURA:

NOME: **AFINIDADE:**

MORADA:

CÓDIGO POSTAL: -

CONTACTOS: **E-MAIL:**

ASSINATURA:

BREVE CARATERIZAÇÃO DO UTENTE:

O UTENTE VIVE: ISOLADO EM AGREGADO **Nº FILHOS**

ESCOLARIDADE: **PROFISSÃO ANTERIOR:**

MÉDICO DE FAMÍLIA:

SITUAÇÃO FAMILIAR: BOM SUPORTE FRACO SUPORTE INEXISTENTE

SITUAÇÃO ECONÓMICA DESFAVORECIDA: SIM NÃO

RETAGUARDA FAMILIAR / REDE DE SUPORTE:

(Preencha os dados relativos a outros familiares ou pessoas próximas ao utente)

NOME:

VIVE COM O UTENTE: SIM NÃO **AFINIDADE:** **IDADE:** ANOS

LOCALIDADE:

CONTACTOS: **E-MAIL:**

NOME:

VIVE COM O UTENTE: SIM NÃO **AFINIDADE:** **IDADE:** ANOS

LOCALIDADE:

CONTACTOS: **E-MAIL:**

NOME:

VIVE COM O UTENTE: SIM NÃO **AFINIDADE:** **IDADE:** ANOS

LOCALIDADE:

CONTACTOS: **E-MAIL:**

VALOR(ES) DA(S) REFORMA(S) OU PENSÃO(ÕES) NACIONAIS E/OU ESTRANGEIRAS:

N.º BENEFICIÁRIO S.S.: **VALOR:** , €

N.º BENEFICIÁRIO S.S.: **VALOR:** , €

TOTAL: , €

DESPESAS MENSAIS FIXAS: , €
(MEDICAÇÃO, FRALDAS, OUTROS)

TÉCNICA RESPONSÁVEL:



DOCUMENTOS A ENTREGAR NO MOMENTO DA INSCRIÇÃO*:

- Fotocópia do **Cartão de Cidadão** (ou documentos equivalentes: Bilhete de Identidade; Cartão de Contribuinte; Cartão de Utente e N.º de Beneficiário da Segurança Social) do **utente e familiares responsáveis pelo internamento**;
- Declarações de consentimento de cópia e reprodução do Cartão de Cidadão do utente e familiares, devidamente preenchidas e assinadas, uma por cada um dos responsáveis e/ou pessoas inscritas (em anexo);
- Declaração Médica comprovativa de **ausência de doenças infecciosas e mentais não controladas**;
- Certidão das finanças comprovativa dos **rendimentos ilíquidos ou valores patrimoniais** dos bens rústicos e/ou urbanos;
- Última **Declaração de IRS** do(s) inscrito(s), se aplicável. Na ausência da declaração de IRS devem entregar uma declaração de não obrigatoriedade de entrega de IRS (emitida pela respetiva Repartição de Finanças) e a Declaração Anual de Rendimentos do utente (solicitada no Instituto da Segurança Social ou no Centro Nacional de Pensões, conforme aplicável);
- “Pedido de Internamento”, “Ficha de Avaliação Diagnóstica”, “Ficha de Levantamento de Dados Para Cálculo de Mensalidade e Faturação” e respetivas declarações**, devidamente preenchidos (em anexo).

***O pedido de Internamento só é válido quando todos os documentos forem entregues e todos os dados se encontrarem preenchidos.**

***Os documentos podem ser entregues em mão na Fundação Francisco António Meireles ou enviados por e-mail para: ffam@ffam.pt**

INFORMAÇÕES:

- O alojamento será em comum, em quartos de 1, 2 e 3 camas, dependendo da situação e das vagas, procurando-se agrupar os utentes de forma a conseguir-se o desejável e acolhedor bem-estar dos mesmos;
- Quando um quarto for ocupado por um casal e se verificar o falecimento de um dos conjugues, o sobrevivente será transferido (se a Direção Executiva achar conveniente), logo que possível, para um quarto apropriado à sua nova situação;
- Por motivos inerentes ao funcionamento da Instituição e tendo em conta o estado de saúde do utente, a Direção Executiva pode decidir transferir o utente para outra cama ou quarto;
- O Funeral é por conta da família/responsáveis pelo utente;



- *O vestuário necessário deve ser comprado pelo utente e/ou responsáveis, devendo no momento da admissão encontrar-se devidamente marcado/etiquetado com o nº que for atribuído à pessoa idosa pela instituição;*
- *Consultas externas (especialistas), exames médicos e respetivas deslocações, medicamentos e/ou outros artigos de farmácia são pagos pelo utente e/ou responsáveis pelo mesmo;*
- *É proibido o internamento ou a continuidade do mesmo a pessoas com doenças infecciosas e/ou mentais não controladas;*
- *Nos serviços da ERPI os utentes têm liberdade para se ausentar sempre que desejarem, e pelo tempo que pretenderem, devendo avisar a instituição da sua saída e do dia e hora provável do seu regresso, que deverá ocorrer a tempo da hora das refeições, se pretenderem delas usufruir;*
- *Tendo por base os direitos da pessoa idosa, entre os quais a sua autonomia e a sua liberdade de escolha, a filosofia da instituição assenta nos princípios de uma casa aberta à comunidade, qualquer risco decorrente de uma saída, em qualquer circunstância, seja nas situações em que houve aviso prévio ou quando deixou temporariamente as instalações por sua própria iniciativa, serão da inteira responsabilidade da pessoa idosa, como aconteceria se estivesse a viver em sua casa e tivesse decidido sair temporariamente à rua. Atendendo ao facto de não existir na instituição um regime de isolamento, os familiares compreendem e aceitam partilhar os riscos inerentes a esta situação, em nome de uma maior qualidade de vida, dado que a instituição adotou os princípios internacionais que defendem que as pessoas idosas não devem ser sujeitas a restrições e sujeições físicas que limitem, de forma desproporcionada, a sua liberdade. No caso de a família não entender partilhar e aceitar este tipo de riscos, deverá, então, optar por uma instituição que ofereça serviços mais restritivos, quanto à liberdade de acesso ou movimento dentro da ERPI.*

(Assinatura)



FICHA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

ÍNDICE DE BARTHEL

Data de Avaliação



Instruções / Ajuda



O índice é composto por 10 itens, correspondentes às atividades básicas da vida diária: 1. Alimentação 2. Banho 3. Cuidados pessoais (higiene, rosto, cabelo, dentes, barbear) 4. Vestir-se 5. Controlo intestinal 6. Controlo urinário 7. Uso da sanita 8. Transferência (cama ? cadeira) 9. Deambulação (ou cadeira de rodas) 10. Subir e descer escadas • Cada item apresenta três ou quatro níveis de desempenho com pontuações predefinidas (geralmente 0, 5, 10 ou 15 pontos). • Deve-se escolher apenas uma opção por item, correspondente à situação habitual do utente nas últimas 24 a 48 horas. • Não se deve atribuir pontuação intermédia entre as categorias existentes. • Se o utente não realiza a tarefa por razões não relacionadas com incapacidade física ou cognitiva (por exemplo, conveniência institucional), deve-se considerar o seu nível potencial, com base em observação prévia ou informação fiável. • Em caso de dúvida entre dois níveis, deve optar-se pelo nível mais baixo (mais dependente).

Nome: _____ Idade: _____

1 Alimentação

Independente (Capaz de levar a comida à boca, utilizar qualquer talher e permanecer a comer durante um tempo razoável) (10 pontos)

Necessita de alguma ajuda (Por exemplo, cortar alimentos, colocar manteiga, dieta modificada) (5 pontos)

Dependente (Incapaz de se alimentar sozinho) (0 pontos)



2 Transferências (cama-cadeira-cama)

- Independente na realização das transferências cama-cadeira (15 pontos)
- Necessita de ajuda mínima (verbal ou física) ou de supervisão (10 pontos)
- Necessita de muita ajuda (capaz de se sentar sozinho na cama mas não realiza a transferência) (5 pontos)
- Totalmente dependente de ajuda para realizar transferências (não tem equilíbrio sentado) (0 pontos)

3 Higiene pessoal

- Capaz de lavar o rosto, fazer a higiene oral e barbear-se sem ajuda (5 pontos)
- Dependente (necessita , pelo menos, de alguma ajuda) (0 pontos)

4 Uso do WC

- Independente (utiliza o WC, veste e despe as roupas e limpa-se sozinho) (10 pontos)
- Necessita de alguma ajuda (por exemplo para manter o equilíbrio, limpar-se) (5 pontos)
- Totalmente dependente no uso do WC (0 pontos)

5 Banho

- Independente (toma banho sozinho, entra e sai da banheira sem ajuda) (5 pontos)
- Dependente (necessita de, pelo menos, alguma ajuda) (0 pontos)

6 Mobilidade

- Consegue caminhar 50 metros sem ajuda ou supervisão, ainda que com apoio de algum auxiliar de marcha (bengala, muleta, andarilho, prótese) (15 pontos)
- Caminha mais de 50 metros, com ajuda de outra pessoa (10 pontos)
- Desloca-se por mais de 50 metros em cadeira de rodas, sem qualquer ajuda (5 pontos)
- Incapaz de se locomover ou de percorrer mais de 50 metros (0 pontos)

7 Subir e Descer Escadas

- Capaz de subir /descer escadas, sem ajuda ou supervisão, ainda que com apoio de corrimão ou auxiliar de marcha (bengala, muleta, andarilho, prótese) (10 pontos)
- Precisa de ajuda verbal ou física para subir e descer escadas (5 pontos)
- Incapaz de subir e descer escadas (0 pontos)

8 Vestir/Despir

- Capaz de selecionar e vestir e despir todas as suas peças de roupa, incluindo fechos, botões e cintos (calçado não incluído) (10 pontos)
- Precisa de algum auxílio (faz pelo menos, metade das tarefas) (5 pontos)
- Não consegue vestir-se (0 pontos)

9 Continência Fecal

- Continência Fecal preservada (não apresenta perdas involuntárias de fezes e consegue fazer uso de supositórios e clisteres sozinho) (10 pontos)
-
- Episódios ocasionais de incontinência fecal ou necessidade de auxílio para o uso de supositórios ou clisteres (5 pontos)
-
- Incontinência fecal total (0 pontos)

10 Continência Vesical

- Continência vesical preservada (não apresenta perdas involuntárias de urina e mantém capacidade de manusear sonda vesical de forma autónoma) (10 pontos)
-
- Episódios ocasionais de incontinência urinária ou necessidade de auxílio para o uso de sonda vesical ou outros dispositivos (5 pontos)
-
- Incontinência urinária total (0 pontos)

PROBLEMAS DE SAÚDE:

Respiratórios	<input type="checkbox"/>	Intestinais	<input type="checkbox"/>	Úlceras de pressão/Feridas	<input type="checkbox"/>
Urinários	<input type="checkbox"/>	Doenças cancerígenas	<input type="checkbox"/>	Onde?	
Aparelho locomotor	<input type="checkbox"/>	Sistema nervoso	<input type="checkbox"/>		
Limitações físicas incapacitantes	<input type="checkbox"/>	Demência	<input type="checkbox"/>		
Reumatismo	<input type="checkbox"/>	Padrões de sono	<input type="checkbox"/>		
Cardíacos	<input type="checkbox"/>	Depressivos	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
Hipertensão	<input type="checkbox"/>	Auditivos	<input type="checkbox"/>	Quais?	
Infecto-Contagiosas	<input type="checkbox"/>	Visuais	<input type="checkbox"/>		
Diabetes	<input type="checkbox"/>				



ATIVIDADES SENSORIAIS:

	Assinale, quando aplicável
Fala	
Exprime-se sem dificuldades	<input type="checkbox"/>
Exprime-se com dificuldades	<input type="checkbox"/>
Visão	
Vê sem dificuldades	<input type="checkbox"/>
Vê com dificuldades	<input type="checkbox"/>
Vê com dificuldades severas ou não vê	<input type="checkbox"/>
Audição	
Ouve sem dificuldades	<input type="checkbox"/>
Ouve com dificuldades	<input type="checkbox"/>
Ouve com dificuldades severas	<input type="checkbox"/>

ATIVIDADES MENTAIS, COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS:

	Assinale, quando aplicável
Memória	
Recorda factos ou acontecimentos sem dificuldades	<input type="checkbox"/>
Esquecimentos mais ou menos frequentes	<input type="checkbox"/>
Esquecimentos muito frequentes	<input type="checkbox"/>
Amnésia	<input type="checkbox"/>
Orientação espacial	
Identifica os locais em que está (casa, cidade, etc.)	<input type="checkbox"/>
Identifica com dificuldade/apoio os locais em que está (casa, cidade, etc.)	<input type="checkbox"/>
Não identifica os locais em que está (casa, cidade, etc.)	<input type="checkbox"/>
Orientação temporal	
Identifica os elementos de caracterização temporal (dia da semana, mês, ano, etc.)	<input type="checkbox"/>
Identifica com dificuldade/apoio os elementos de caracterização temporal (dia da semana, mês, ano, etc.)	<input type="checkbox"/>
Não identifica elementos de caracterização temporal (dia da semana, mês, ano, etc.)	<input type="checkbox"/>
Comportamento	
Normal	<input type="checkbox"/>
Perturbações minor: teimosia, lamentações, emotividade	<input type="checkbox"/>
Perturbações major: agitação, desorientação, fuga	<input type="checkbox"/>
Humor	
Normal	<input type="checkbox"/>
Tristeza (significativa pela constância ou intensidade) ou irritabilidade	<input type="checkbox"/>
Apatia (sem energia)	<input type="checkbox"/>
Agressividade	<input type="checkbox"/>



Comunicação

- Comunica verbalmente com fluidez, expondo as suas ideias com clareza
- Comunica verbalmente com dificuldades
- Comunica verbalmente com o apoio de ajudas técnicas
- Comunica através de Língua Gestual Portuguesa
- Não comunica verbalmente nem através de Língua Gestual Portuguesa

Administrar o dinheiro

- Sem ajuda
- Necessita de ajuda parcial ou de apoio
- Necessita de ajuda total

Ocupação dos Tempos Livres

- Sem ajuda
- Necessita de ajuda parcial ou de apoio
- Necessita de ajuda total

RESULTADO (A PREENCHER PELA INSTITUIÇÃO)

100	Totalmente Independente
91 α 99	Dependência Ligeira
61 α 90	Dependência Moderada
21 α 60	Dependência Severa
0 α 20	Grande Dependência

Notas adicionais

(Assinatura)



FICHA DE LEVANTAMENTO DE DADOS PARA CÁLCULO DE MENSALIDADE E FATURAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS PARA FATURAÇÃO, para além do(a) utente:

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ **NIF:** _____ **CONTACTO:** _____

MORADA: _____

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ **NIF:** _____ **CONTACTO:** _____

MORADA: _____

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ **NIF:** _____ **CONTACTO:** _____

MORADA: _____

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ **NIF:** _____ **CONTACTO:** _____

MORADA: _____

(Assinatura)



RENDIMENTOS E DESPESAS MENSAIS DO(A) UTENTE:

TOTAL DE RENDIMENTOS MENSAIS DO(A) UTENTE: _____ €

DESCRIMINAÇÃO DOS RENDIMENTOS (ANEXAR COMPROVATIVOS):
(REFORMAS, PENSÕES, COMPLEMENTOS, SUBSÍDIOS, RENDAS, OUTROS)

<i>TIPO DE RENDIMENTO</i>	<i>VALOR</i>	<i>COMPROVATIVO ANEXADO?(SIM/NÃO)</i>

TOTAL DESPESAS MENSAIS FIXAS DO(A) UTENTE: _____ €

DESCRIMINAÇÃO DAS DESPESAS (ANEXAR COMPROVATIVOS):
(MEDICAÇÃO, FRALDAS, OUTROS)

<i>DESPESA</i>	<i>VALOR</i>	<i>COMPROVATIVO ANEXADO?(SIM/NÃO)</i>

(Assinatura)



DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador(a) do C.C. n.º _____, na qualidade de responsável perante a Fundação Francisco António Meireles pelo acolhimento em ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) do(a) utente _____, portador(a) do CC n.º _____, declaro, por minha honra, ter prestado informações verdadeiras e completas acerca das despesas e rendimentos mensais do(a) utente, assumindo total responsabilidade pelas informações prestadas.

Por ser verdade e me ter sido requerido assino a presente declaração.

Torre de Moncorvo, ____ de _____ de _____

(Assinatura conforme Cartão de Cidadão)

DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador(a) do C.C. n.º _____, na qualidade de utente da ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) da Fundação Francisco António Meireles, declaro, por minha honra, ter prestado informações verdadeiras e completas acerca das minhas despesas e rendimentos mensais, assumindo total responsabilidade pelas informações prestadas.

Por ser verdade e me ter sido requerido assino a presente declaração.

Torre de Moncorvo, ____ de _____ de _____

(Assinatura conforme Cartão de Cidadão)

ATUALIZAÇÕES DO PEDIDO:



**CONSENTIMENTO DE CÓPIA E REPRODUÇÃO DO
CARTÃO DE CIDADÃO**

_____, em conformidade com o nº 2 do Artº 5º da Lei nº 7/2007, de 5 de fevereiro, declara consentir a reprodução do seu Cartão de Cidadão nº _____ e/ou outros documentos de identificação equivalentes, por fotocópia ou qualquer outro meio, exclusivamente para efeitos de identificação e consulta perante a Fundação Francisco António Meireles.

_____, _____ de _____ de _____

(Assinatura conforme documento) *

*A assinatura deverá ser conferida pelo funcionário por semelhança com a constante no Cartão de Cidadão, declarando-se o seguinte: “Declaro que verifiquei a assinatura com a do Cartão de Cidadão”

**CONSENTIMENTO DE CÓPIA E REPRODUÇÃO DO
CARTÃO DE CIDADÃO**

_____, em conformidade com o
nº 2 do Artº 5º da Lei nº 7/2007, de 5 de fevereiro, declara consentir a reprodução do seu
Cartão de Cidadão nº _____ e/ou outros documentos de identificação
equivalentes, por fotocópia ou qualquer outro meio, exclusivamente para efeitos de
identificação e consulta perante a Fundação Francisco António Meireles.

_____, _____ de _____ de _____

(Assinatura conforme documento) *

**CONSENTIMENTO DE CÓPIA E REPRODUÇÃO DO
CARTÃO DE CIDADÃO**

_____, familiar (_____) e representante de _____, vem pela presente declarar consentir, em nome do seu familiar (e verificando-se a incapacidade deste em assinar ou tomar decisões), a reprodução do seu Cartão de Cidadão nº _____ e/ou outros documentos de identificação equivalentes, por fotocópia ou qualquer outro meio, exclusivamente para efeitos de identificação e consulta perante a Fundação Francisco António Meireles.

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura conforme documento) *

*A assinatura deverá ser conferida pelo funcionário por semelhança com a constante no Cartão de Cidadão, declarando-se o seguinte: “Declaro que verifiquei a assinatura com a do Cartão de Cidadão”