

ERPI CD SAD **Ficha de Avaliação Pré-Diagnóstica**Data de Entrevista: Nº Entrada: Nome Completo: **1. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNCIONALIDADE DO UTENTE**

(assinale com uma X)	Autónomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio permanente dos serviços
Banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados de imagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ir ao WC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamento de roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento ao exterior (fazer compras, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aquisição de bens e serviços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma medicamentosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ocupação do tempo livre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**2. SERVIÇOS A MOBILIZAR**

Serviços solicitados	Quais?	Quando?		Periodicidade				Número			
		Semana	Fim de semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra qual?
Cuidados de higiene	<input type="radio"/>										
Cuidados de imagem	<input type="radio"/>										
Refeições	<input type="radio"/>										
Apoio na refeição	<input type="radio"/>										
Cuidados de saúde	<input type="radio"/>										
Administração da terapêutica	<input type="radio"/>										
Apoio social	<input type="radio"/>										
Transportes	<input type="radio"/>										
Tratamento de roupas	<input type="radio"/>										
Apoio na aquisição de bens e serviços	<input type="radio"/>										
Acompanhamento ao exterior	<input type="radio"/>										
Atividades socioculturais	<input type="radio"/>										
Outro. Qual? .....	<input type="radio"/>										

Observações ou outras especificações

## Ficha de Avaliação Pré-Diagnóstica

### 3. DESCRIÇÃO DO ENQUADRAMENTO FAMILIAR E/OU DE SUPORTE

### 4. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DO UTENTE E/OU SIGNIFICATIVOS

Rendimentos Mensais:			Despesas Mensais:		
Rendimento do trabalho	. . €		Renda/Prestação da casa	. . €	
Reforma	. . €		Transportes Públicos	. . €	
Pensão	. . €		Medicação	. . €	
Complemento por dependência	. . €		Alimentação	. . €	
Outros	. . €		Outros	. . €	
<b>Total:</b>	. . €		<b>Total:</b>	. . €	

### 5. CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

A Resposta Social ajusta-se às necessidades e expectativas do Utente?  
(assinale com uma X)

Sim

Não  Porquê?

A organização pode dar resposta, internamente, ao pedido do utente?  
(assinale com uma X)

Sim

Não  Reencaminhamento para outra organização ou prestação de informação adicional (quando aplicável).

## Ficha de Avaliação Pré-Diagnóstica

<b>CRITÉRIOS</b>			
	Ponderação	Pontuação:	Resultado:
<input type="radio"/> Situação de Emergência Social -----	30	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="radio"/> Ausência de família ou outras pessoas em assegurar os cuidados básicos -----	20	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="radio"/> Indisponibilidade da família ou outras pessoas em assegurar os cuidados básicos --	10	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="radio"/> Risco de isolamento social -----	15	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="radio"/> Falta de condições habitacionais -----	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="radio"/> Incapacidade de realização de AVD's -----	10	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="radio"/> Familiares diretos de colaboradores, voluntários e sócios da SCMM -----	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="radio"/> Outras circunstâncias ou situações relevantes -----	5	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

0 – Não se aplica;

5 – Aplica-se parcialmente

10 – Aplica-se

<b>Admissível?</b> <small>(assinale com uma X)</small>	
<p>Sim <input type="radio"/> (1)</p>	
<p>Não <input type="radio"/> (2)</p>	<p>Porquê?</p> <div style="background-color: #cccccc; height: 150px; width: 100%;"></div>

**6. OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA:** (assinale outras informações relevantes sobre o utente)

## Ficha de Avaliação Pré-Diagnóstica

### 7. ASSINATURAS

Utente	_____	Data:	_____ / _____ / _____
Significativo	_____	Data:	_____ / _____ / _____
Organização	_____	Data:	_____ / _____ / _____