

Ficha de Sinalização - Cuidadores Informais
**campos de preenchimento obrigatório*
I. INFORMAÇÕES SOBRE O CUIDADOR INFORMAL (CI)*

Nome:	
Data de Nascimento: ____/____/____	Grau de Escolaridade:
Freguesia/Concelho de residência:	Parentesco com a Pessoa Cuidada ⁽¹⁾ :
Contactos: nº de tlm. /tlf.	Email:
Situação face ao emprego: Empregado/a (part-time) ____ Empregado/a (tempo inteiro) ____ Reformado/a ____ Desempregado/a ____ Outra situação:	

⁽¹⁾Caso cuide de mais que uma pessoa, por favor, anexe uma 2ª ficha de sinalização. Não precisa preencher os campos comuns.

II. INFORMAÇÕES SOBRE A PESSOA CUIDADA*

Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: <i>feminino</i> <input type="checkbox"/> <i>masculino</i> <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---

Causa de dependência (*assinalar com x*):

Decorrente do processo de envelhecimento	<input type="checkbox"/>	Limitação física (músculo-esquelética, plegia...)	<input type="checkbox"/>
Pós-AVC	<input type="checkbox"/>	Limitação cognitiva/intelectual	<input type="checkbox"/>
Demência (<i>caso saiba, referir qual</i>):	<input type="checkbox"/>	Doença psiquiátrica/mental (<i>caso saiba, referir qual</i>):	<input type="checkbox"/>
Outra situação (referir qual):			

III. ENCAMINHAMENTO PREVISTO

___ Gabinete de Apoio ao Cuidador - Atendimento individual

» *psicologia* ____ *serviço social* ____ *apoio jurídico* ____ *outro* _____

___ Programa Psicoeducativo

- O CI tem alguém que acompanhe a Pessoa Cuidada na sua ausência? *sim* *não*

- O CI irá acompanhado da Pessoa Cuidada às sessões? *sim* *não*

- O CI precisa de transporte? *sim* *não*

- Indicar a disponibilidade/horário do CI para participar nas sessões (*indicar dias da semana e horário preferencial*):

Observações adicionais

(*Caso o CI, apesar de estar sinalizado e/ou encaminhado para uma das respostas, desista ou suspenda o pedido de apoio no âmbito do CQC, indicar o(s) motivo(s)*)

Título de Impacto Social implementado por:



Investidores Sociais



Cofinanciado por:



Informação adicional sobre a Pessoa Cuidada (preenchimento facultativo)

1. Estado Funcional:

Mobilidade:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Com supervisão	<input type="checkbox"/> Com ajuda técnica	<input type="checkbox"/> Acamado
Higiene:	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Com supervisão	<input type="checkbox"/> Com ajuda	<input type="checkbox"/> Dependente
Vestir/Despir:	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Com supervisão	<input type="checkbox"/> Com ajuda	<input type="checkbox"/> Dependente
Alimentação:	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Com supervisão	<input type="checkbox"/> Com ajuda	<input type="checkbox"/> Dependente sonda nasogástrica ____ via oral ____
Controlo urinário:	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Dependente	<input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> Algália
Controlo intestinal:	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Dependente	<input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> Colostomia

Gestão de dinheiro:	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Com supervisão	<input type="checkbox"/> Com ajuda	<input type="checkbox"/> Dependente
Administração de medicamentos:	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Com supervisão	<input type="checkbox"/> Com ajuda	<input type="checkbox"/> Dependente
Utilização de transportes públicos:	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Dependente (acompanhado/a)		

2. Estado Mental

Orientação Pessoal:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Orientação Espacial:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Orientação Temporal:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Comunicação oral:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Com dificuldade	<input type="checkbox"/> Não
Tem dificuldade em compreender os outros ou fazer-se entender?	<input type="checkbox"/> Não tem dificuldade ou tem pouca	<input type="checkbox"/> Tem dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade ou não consegue mesmo compreender ou fazer-se entender
Tem dificuldades de memória ou de concentração?	<input type="checkbox"/> Não tem dificuldade ou tem pouca	<input type="checkbox"/> Tem dificuldade moderada	<input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade ou não consegue mesmo memorizar ou concentrar-se

3. Integridade Cutânea: úlceras de pressão? Sim Não

Autorizo a recolha e tratamento destes dados no âmbito do acompanhamento prestado através do Cuidar de Quem Cuida

_____ / ____/____

(assinatura do CI)

Técnico(a): _____ Entidade: _____ Data: ____/____/____

NOTA: Sinalização de Cuidadores Informais

No CQC assume-se que o Cuidador Informal (CI) é a pessoa que presta cuidados regulares a outra, de modo não remunerado (apesar de poder receber algum tipo de pagamento nominal ou benefício social) e desprovido de um vínculo formal prestado por um elemento da rede social do indivíduo, designadamente um familiar, amigo e/ou vizinho.

Os/as Cuidadores/as Informais (CI) considerados/as no CQC devem preencher os seguintes **critérios de inclusão**:

- i) Cuidadores/as que assumam o papel de cuidador/a primário/a (preferencialmente) ou secundário/a de uma pessoa dependente a residir na comunidade;
- ii) Motivação e disponibilidade para ser acompanhado/a no âmbito do CQC.
- iii) Dar-se-á prioridade aos CI que cuja pessoa cuidada não esteja integrada numa Estrutura Residencial para Idosos (Iar) ou numa Unidade de Cuidados Continuados. Ainda assim, caberá à equipa a avaliação da necessidade de acompanhamento (ex. situações de internamento temporário; internamento recente, etc)

- Serão **excluídos** cuidadores formais (auferem um valor pela prestação dos cuidados).