**Programa Psicoeducativo para Cuidadores Informais**

**Ficha de Sinalização**

|  |
| --- |
| 1. **Identificação do (a) Cuidador (a) Informal (CI)** |

|  |
| --- |
| Nome:  Data de Nascimento:  Estado Civil:  Morada:  Freguesia:  Contactos:  O CI concilia a prestação de cuidados com alguma atividade laboral: Sim Não  Parentesco com o Recetor de Cuidados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Motivação/disponibilidade para participar no Grupo de Intervenção Psicoeducativa: Sim Não |

|  |
| --- |
| 1. **Identificação do (a) Pessoa Cuidada** |

|  |
| --- |
| Nome:  Data de Nascimento:  Escolaridade: |

|  |
| --- |
| 1. **Existência de Serviço de Apoio (Pessoa Cuidada)** |

|  |
| --- |
| SAD Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Centro de Dia  Centro de Convívio |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Situação Clínica da Pessoa Cuidada** | | |
| Respiratórios □ | Urinários □ | Gastro - Intestinais □ |
| Reumáticos □ | Cardíacos □ | Hipertensão □ |
| Diabetes □ | Doenças infecto-contagiosas □ | HIV/SIDA □ |
| Doenças oncológicas □ | Doenças do foro psiquiátrico □ | Doenças do foro neurológico □ |
| Alergias □ | Problemas dependentes □ | |
| Outras □ | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Dependência nas atividades de vida diária básicas** | | | | | |
| **Mobilidade:** | □ Normal | □ Acamado | □ Deambula com supervisão | □ Deambula com ajuda de produtos de apoio | |
| **Higiene:** | □ Independente | □ Com supervisão | □ Com ajuda | □ Dependente | |
| **Vestir/Despir:** | □ Independente | □ Com supervisão | □ Com ajuda | □ Dependente | |
| **Alimentação:** | □ Independente | □ Com supervisão | □ Com ajuda | □ Dependente | □ Via oral  □Sonda nasogástrica |
| **Controlo urinário:** | □ Independente | □ Dependente | □ Algália  □ Fralda | | |
| **Controlo intestinal:** | □ Independente | □ Dependente | □ Fralda  □ Colostomia | | |
| **Visão:** | Normal □ | Défice visual□ | Cegueira□ | | |
| **Audição:** | Normal □ | Défice auditivo□ | Surdez □ | | |
| **Integridade Cutânea:** Úlceras de pressãoSim □ Não □ | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Dependência nas atividades de vida diária instrumentais** | | | | | | | | | | | | |
| **Gestão de dinheiro:** | | □ Independente | | □ Dependente | | | | □ Com ajuda parcial  □ Com ajuda total | | | | |
| **Administração de medicamentos:** | | □ Independente | | □ Dependente | | | | □ Com ajuda parcial  □ Com ajuda total | | | | |
| **Utilização de transportes públicos:** | | □ Independente | | □ Dependente | | | | □ Com ajuda parcial  □ Com ajuda total | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | |
| 1. **Estado Mental** | | | | | | | | | | |
| **Orientação Pessoal:** | | □ Sim | | | | | □ Não | | | |
| **Orientação Espacial:** | | □ Sim | | | | | □ Não | | | |
| **Orientação Temporal:** | | □ Sim | | | | | □Não | | | |
| **Comunicação:** | | □ Sim | | □ Não | | | | | □ Com dificuldade | |
| **Compreensão:** | | □Não tem dificuldade | □ Tem pouca  dificuldade | | | | □ Tem muita dificuldade | | | □ Não consegue compreender |
| **Memória e concentração:** | | □ Não tem dificuldade | □ Tem pouca dificuldade | | | | □ Tem muita dificuldade | | | □ Não consegue memorizar ou concentrar-se |
| **Comportamentos inadequados:** | | □ Sim | | | □ Não | | | | □ Por vezes | |
|  | |  | | |  | | | |  | |

|  |
| --- |
| **VIII. Observações** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Informações Adicionais** |

|  |
| --- |
| **1. Há quanto tempo assumiu o papel de CI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **2. Indicação de dificuldades associadas à prática de cuidar:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **3. Partilha de necessidades relativas a si enquanto CI e ao seu familiar:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **4. O que espera encontrar/adquirir no Programa Psicoeducativo “Cuidar na Dependência”:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Responsável pelo encaminhamento:**

**Data:**