



LAR CONDE DE AGROLONGO

IPSS - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

Praça Conde de Agrolongo, 120, 4704-524 Braga

Tlf.: 253 215 215 / 253 215 216 Tlm.: 926 476 413

e-mail admissões: admissoes.larcondeagrolongo@gmail.com

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Os seguintes documentos devem ser anexados ao formulário:

- Declaração médica
- Declaração de rendimentos
- Declaração de IRS do utente e seus descendentes.

A PREENCHER PELA DIREÇÃO

Apreciado em Reunião de Direção de ____/____/____

O Presidente da Direção

Dados Pessoais

NOME _____

Idade _____ Data de nascimento _____ Estado civil _____ Natural de _____

Endereço _____

BI/Cartão de cidadão nº Contribuinte nº (NIF) Nº Utente (SNS)

Beneficiário nº (NISS) Subsistema de saúde (identificar qual)

Caraterização do agregado familiar

Tem filhos? Sim , Quantos? _____ Não / Vive isolado Em agregado

Composição do agregado familiar (pessoas com quem vive / nome de todos os filhos)

NOME	PARENTESCO	IDADE	PROFISSÃO	CONTACTO

Situação económica

RENDIMENTOS MENSAIS		DESPESAS MENSAIS	
Reforma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Saúde/Medicação
Pensão de sobrevivência	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Renda
Complemento por dependência	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TOTAL
Outros (Rendas, pensão do estrangeiro, etc..)	<input type="text"/>		
TOTAL	<input type="text"/>		

Observação: Na mensalidade **não estão incluídos:** transporte de ambulância ou táxi, suplementos alimentares, fraldas e demais produtos para incontinência, elixires bucais, taxas moderadoras, consultas de especialidade fora da Instituição, cadeiras de rodas, cadeirões e próteses, serviço de cabeleireiro.

Motivo do pedido de admissão: Saúde Solidão Carência económica Outro: _____

Condições físicas: Autónomo(a) Dificuldade na locomoção Acamado(a)

Necessita de ajuda para: Vestir Tomar banho Refeição

Problemas de saúde

Respiratórios	<input type="radio"/>	Cardíacos	<input type="radio"/>	Sistema nervoso	<input type="radio"/>
Urinários	<input type="radio"/>	Hipertensão	<input type="radio"/>	Depressivos	<input type="radio"/>
Aparelho Locomotor	<input type="radio"/>	Intestinais	<input type="radio"/>	Auditivos	<input type="radio"/>
Limitações físicas	<input type="radio"/>	Doenças infetocontagiosas	<input type="radio"/>	Visão	<input type="radio"/>
Demências	<input type="radio"/>	Doenças cancerígenas	<input type="radio"/>	Outros	<input type="radio"/>

Medicação habitual (indicar todos os medicamentos que toma por dia)

O(a) interessado(a) declara aceitar a sua admissão de livre vontade: Sim Não

Assinatura _____

Responsável pelo internamento

Nota: O responsável pelo internamento terá de assinar um contrato de prestação de serviços e proceder ao pagamento da mensalidade todos os meses, bem como de outras despesas (produtos para incontinência, elixires bucais, táxis, ambulâncias). Mais, é responsável pelos custos associados ao transporte e acompanhamento do utente a urgências hospitalares e consultas externas, nomeadamente médicas, de enfermagem, realização de exames e tratamentos. Fica ainda responsável por entregar todos os anos, de janeiro a fevereiro, provas dos rendimentos do residente.

Nome _____

Endereço _____

BI/Cartão de cidadão nº _____ Contribuinte nº _____

Telefone/Telemóvel _____ e-mail _____

Grau de parentesco: _____

Autorizo expressamente a recolha e tratamento dos meus dados pessoais pelo Responsável pelo Tratamento, a fim de responder à finalidade a que os mesmos se destinam, sendo que em situação alguma os dados recolhidos poderão ser utilizados para outro fim que não seja aquele para o qual foi dado o meu consentimento. O titular dos dados poderá a qualquer momento, de forma fácil e gratuita, exercer os seus direitos, tais como o Direito de Acesso, Retificação, Limitação, Oposição e Apagamento. Este Termo de Consentimento encontra-se em conformidade com os princípios normativos decorrentes do Regulamento Geral de Proteção de Dados (Regulamento EU 2016/679), constituindo uma manifestação de vontade livre, específica, informada e explícita, pela qual o titular dos dados aceita, mediante declaração, que os seus dados pessoais sejam objeto de tratamento nos moldes legalmente previstos.

Assinatura do Titular dos Dados: _____



LAR CONDE DE AGROLONGO

IPSS - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

Praça Conde de Agrolongo, 120, 4704-524 Braga

NOME: _____ Idade: _____ Nº utente (SNS): _____

HISTÓRICO DE SAÚDE

Nome do médico de família/assistente: _____ Centro de Saúde: _____

Patologias diagnosticadas: _____

Foi vacinado(a) para a COVID-19? _____ Data da última dose: _____

CAPACIDADE FÍSICA E FUNCIONAL

Alimentação

- Alimenta-se sem dificuldades
- Necessita parcialmente de auxílio ou de alimentação triturada
- Necessita totalmente de ajuda humana ou de alimentação artificial (sonda, perfusão...)
- Usa prótese dentária

Higiene Pessoal

- Faz a sua higiene sem dificuldades
- Necessita de ajuda parcial
- Necessita de ajuda total
- Usa fralda

Vestir-se

- Não necessita de ajuda
- Necessita de ajuda parcial
- Necessita de ajuda total

Atividades Locomotoras

- Anda bem
- Necessita de ajuda parcial
- Usa bengala/andarrilho
- Usa cadeira de rodas
- Acamado

Limitações visão/audição

- Usa aparelho auditivo
- Usa óculos

Orientação espacial

- Identifica locais onde está
- Identifica com dificuldade locais em que está
- Não identifica os locais em que está

Comportamento

- Normal
- Perturbações Minor: teimosia, lamentações, emotividade
- Perturbações Major: agitação, desorientação, fuga



OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

Quem tem sido o cuidador do seu familiar?

O seu familiar usufrui de apoio domiciliário? Sim Não

Quem presta este apoio? _____

Quais as expectativas relativamente à admissão do seu familiar no Lar Conde de Agrolongo?

Que tipo de quarto gostava que o seu familiar ocupasse?

Individual Partilhado

INTERESSES PESSOAIS

Que interesses manifesta o seu familiar? (*hobbies, interesses generalizados...*)

OBS.: (*deixe quaisquer observações/indicações que considere importantes, como o percurso de vida, episódios marcantes, etc..*)
