



Grupo de Trabalho da Plataforma Supraconcelhia Pinhal Litoral
Idosos em Situação de Isolamento

CONCELHO DE _____

FICHA DE REGISTO: ____/____/____

(N.º/SIGLA LOCAL/ANO)

1. IDENTIFICAÇÃO

- NOME: _____ • GÉNERO: M F
• ESTADO CIVIL: _____ • DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ • IDADE: ____ ANOS
• BI/CARTÃO DE CIDADÃO N.º _____ • HABILITAÇÕES LITERÁRIAS: _____
• MORADA: _____
• CÓDIGO POSTAL: _____ • FREGUESIA: _____ • CONCELHO: _____
• DISTRITO: _____ • COORDENADAS GPS: _____
• TEM TELEFONE? NÃO SIM NÚMERO _____

2. CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

• **EXISTÊNCIA DE :**

1. MAUS TRATOS FÍSICOS 2. MAUS TRATOS PSICOLÓGICOS 3. ABANDONO/NEGLIGÊNCIA 4. ISOLAMENTO
4. OUTRA SITUAÇÃO QUAL? _____

- VIVE SOZINHO? SIM NÃO

• **SE NÃO VIVE SOZINHO**, COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR:

NOME	GRAU DE PARENTESCO	IDADE	ATIVIDADE PROFISSIONAL	CONTACTO TELEFÓNICO

• **SE VIVE SOZINHO**, FAMILIARES EXISTENTES:

NOME	GRAU DE PARENTESCO	IDADE	ATIVIDADE PROFISSIONAL	DISTÂNCIA DA LOCALIDADE ONDE VIVE	CONTACTO TELEFÓNICO

- VIVE ISOLADO? SIM NÃO

- DISTÂNCIA DA LOCALIDADE MAIS PRÓXIMA: _____ KM. QUAL? _____
• DISTÂNCIA DA LOCALIDADE MAIS PRÓXIMA COM POSTO POLICIAL: _____ KM. QUAL? _____
• DISTÂNCIA MAIS PRÓXIMA A LOCAL COM TRANSPORTE PÚBLICO: _____ KM
• COMO SE DESLOCA?
1. A PÉ 2. TRANSPORTE PÚBLICO 3. VIATURA PRÓPRIA 4. TRANSPORTE FAMILIARES/VIZINHOS
5. OUTROS _____



**Grupo de Trabalho da Plataforma Supraconcelhia Pinhal Litoral
Idosos em Situação de Isolamento**

3. TIPO DE ALOJAMENTO

- ANDAR/APARTAMENTO • MORADIA • OUTRO . QUAL ? _____
- EM MEIO RURAL EM MEIO URBANO
- CONDIÇÕES DE HABITABILIDADE: BOA RAZOÁVEL MÁ

4. SITUAÇÃO PROFISSIONAL/RENDIMENTOS

- 1. AINDA NO ATIVO: PROFISSÃO: _____
- 2. DESEMPREGADO/A: 3. REFORMADO/A: 4. DOSMÉSTICA:
- RENDIMENTO MENSAL DO IDOSO: _____ • RENDIMENTO MENSAL DO AGREGADO: _____

5. ESTADO DE SAÚDE E NÍVEL DE AUTONOMIA

- UNIDADE DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA: _____
- ESTÁ INSCRITO NO CENTRO DE SAÚDE? SIM NÃO • TEM MÉDICO DE FAMÍLIA? NÃO SIM
- IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA: _____ • TEM CONSULTAS REGULARMENTE? NÃO SIM
- ACAMADO: SIM NÃO • EXISTÊNCIA DE DOENÇA CRÓNICA: NÃO SIM QUAL ? _____
- DEPENDENTE NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA: SIM NÃO
- EXISTÊNCIA DE BARREIRAS ARQUITETÓNICAS NA HABITAÇÃO: SIM NÃO

6. EXISTÊNCIA DE APOIO/ TIPO DE APOIO/ FREQUÊNCIA

- RECEBE APOIO? SIM NÃO
- SE SIM, DE QUEM? 1. FAMÍLIA 2. TELEASSISTÊNCIA PARA IDOSOS
- 3. APOIO INSTITUCIONAL QUAL? _____ 4. OUTRO QUAL? _____
- QUAL A REGULARIDADE DESSE APOIO?
- 1. TODOS OS DIAS 2. 1 A 3 VEZES POR SEMANA 3. 1 A 2 VEZES POR MÊS 4. SEM REGULARIDADE
- OBSERVAÇÕES: _____
- APOIO RECEBIDO:
- 1. ALIMENTAÇÃO 2. TRATAMENTO DE ROUPA 3. HIGIENE PESSOAL 4. HIGIENE HABITACIONAL
- 5. TRANSPORTE 6. OUTRO QUAL? _____

7. ENTIDADE SINALIZADORA

- NOME: _____ MORADA: _____
- CONTACTO: _____

8. ENTIDADE RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO

- NOME: _____ MORADA: _____
- CONTACTO: _____

9. TOMEI CONHECIMENTO E ENTENDI TODA A INFORMAÇÃO CONSTANTE DESTES QUESTIONÁRIO E DOS FINS A QUE SE DESTINA AUTORIZANDO A SUA DEVIDA UTILIZAÇÃO

10. OBSERVAÇÕES (MENCIONAR O QUE LHE PARECER IMPORTANTE PARA COMPLEMENTAR A FICHA)

DADOS RECOLHIDOS EM _____ DE _____ DE 20 _____ POR _____
(ASSINATURA)