**FICHA DE SINALIZAÇÃO DE CUIDADORES INFORMAIS**

**Sinalização, recrutamento de Cuidadores Informais**

Os Cuidadores Informais que participam no Projeto devem preencher os seguintes **critérios de inclusão**:

*i)* Cuidadores que assumam o papel de cuidador primário (preferencialmente) ou secundário de uma pessoa com doença de Alzheimer ou outra demência, a residir na comunidade;

*ii)* Motivação e disponibilidade para integrar o Projeto.

**Serão excluídos** os Cuidadores Informais cujos recetores de cuidados residam em Estruturas Residenciais para Idosos ou Unidades de Cuidados Continuados; assim como os cuidadores formais.

**(\*)** Entenda-se por **Cuidador Informal** o elemento da rede social do Recetor de Cuidados (familiar, amigo, vizinho, colega, etc.) que assume o papel principal na prestação de cuidados regulares a este último, de modo não remunerado.

**I. INFORMAÇÕES SOBRE O CUIDADOR INFORMAL (CI)**

**1. Contactos:**

**Nome:**

**Morada**:       **Freguesia:**

**Nº de Tel. /Telm.**:       /

**Data de Nascimento:** / /

**2**. **Grau de Escolaridade:**

**3.** O CI concilia a prestação de cuidados com alguma **atividade laboral**: Sim [ ]  Não [ ]

4. **Parentesco** com o Recetor de Cuidados:

Presta cuidados à

**5. Motivação/disponibilidade** para participar no Grupo de Intervenção Psicoeducativa: Não [ ]  Sim [ ]

**5.1.** Se respondeu “Sim” no item 5, indique:

O CI tem alguém que fique com o Recetor de Cuidados Sim [ ]  Não [ ]

O CI fazer-se-á acompanhar do Recetor de Cuidados Sim [ ]  Não [ ]

**5.2.** Indique também, a disponibilidade em termos de horário do CI (sessões de 2h cada):

Manhã [ ]  (especifique horas: das  h    às h   )

Tarde [ ]  (especifique horas: das h    às h   )

**5.3** Se respondeu “Não” no item 5, indique o **motivo da não participação:**

Falta de disponibilidade (tempo) [ ]

Falta de interesse [ ]

Problemas de saúde do Cuidador Informal [ ]

Problemas de saúde do Recetor de cuidados [ ]

Outro (especificar): [ ]

 *Informação confidencial*

**II. INFORMAÇÕES SOBRE O RECETOR DE CUIDADOS**

**1. Nome:**

**2. Data de Nascimento:**/ /

**3**. **Grau de Escolaridade:**

**4. Diagnóstico:** Alzheimer [ ]  Outras demências [ ]

4.1 Outras doenças associadas:

**5. Estado Funcional**:

**5.1. Dependência nas atividades de vida diária básicas**

**Mobilidade:** [ ]  Normal [ ]  Acamado [ ]  Deambula com supervisão [ ]  Deambula com ajuda técnica

**Higiene:** [ ]  Independente [ ]  Com supervisão [ ]  Com ajuda [ ]  Dependente

**Vestir/Despir:** [ ]  Independente [ ]  Com supervisão [ ]  Com ajuda [ ]  Dependente

**Alimentação:** [ ]  Via oral [ ]  Sonda nasogástrica [ ]  Independente [ ]  Com supervisão [ ]  Com ajuda [ ]  Dependente

**Controlo urinário:** [ ]  Independente [ ]  Dependente [ ]  Fralda [ ]  Algália

**Controlo intestinal:** [ ]  Independente [ ]  Dependente [ ]  Fralda [ ]  Colostomia

**5.2. Dependência nas atividades de vida diária instrumentais**

**Gestão de dinheiro**: [ ]  Não [ ]  Sim [ ]  Sem ajuda [ ]  Com ajuda

**Administração de medicamentos**: [ ]  Independente [ ]  Dependente [ ]  Com supervisão [ ]  Com ajuda

**Utilização de transportes públicos**: [ ]  Independente [ ]  Dependente (acompanhado(a))

**6. Estado Mental**

**Orientação Pessoal**: [ ]  Sim [ ]  Não

**Orientação Espacial:** [ ]  Sim [ ]  Não

**Orientação Temporal:** [ ]  Sim [ ]  Não

**Comunicação:** [ ]  Sim [ ]  Não [ ]  Com dificuldade

**Comportamentos inadequados:** [ ]  Sim [ ]  Por vezes [ ]  Não

**Tem dificuldade em compreender os outros ou fazer-se entender?**

[ ]  Não tem dificuldade ou tem pouca [ ]  Tem muita dificuldade [ ]  Não consegue compreender ou fazer-se entender

**Tem dificuldades de memória ou de concentração?**

[ ]  Não tem dificuldade ou tem pouca [ ]  Tem muita dificuldade [ ]  Não consegue memorizar ou concentrar-se

**7. Integridade Cutânea:** úlceras de pressão: [ ]  Sim [ ]  Não

**Técnico(a)/ Entidade Sinalizadora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data de Sinalização: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *Informação confidencial*