**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*