**Projeto +CUIDAR 2.0 – Projeto de Apoio ao Cuidador informal do Município de Gondomar**

**FICHA DE SINALIZAÇÃO – CUIDADORES/AS INFORMAIS**

**Cuidador/a Informal** é o elementoda rede social da Pessoa Cuidada (familiar, amigo e/ou vizinho) que lhe presta cuidados regulares, de modo não remunerado (apesar de poder receber algum tipo de pagamento nominal ou benefício social).

Os Cuidadores Informais que participam no Projeto +CUIDAR 2.0 devem preencher os seguintes **critérios de inclusão**:

i) Cuidadores que assumam o papel de cuidador primário (preferencialmente) ou secundário de uma pessoa dependente, a residir na comunidade;

ii) Motivação e disponibilidade para integrar o Projeto;

**Serão excluídos** os Cuidadores Informais cujas pessoas cuidadas residam em Estruturas Residenciais para Idosos ou Unidades de Cuidados Continuados, assim como os cuidadores formais (que auferem um valor pela prestação dos cuidados).

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

|  |
| --- |
| **Nome:**       |
| **Data de Nascimento:**       | **Grau de Escolaridade:**  |
| **Freguesia/Concelho de residência:**       /       | **Parentesco com a Pessoa Cuidada**:  |
| **Contacto telefónico:**       /       **Email:**       |
| **Estado civil:**  | **Vive com a pessoa cuidada** [ ]  Sim / [ ]  NãoSe sim, quantas pessoas fazem parte do seu agregado familiar?    |
| **Há quanto tempo presta cuidados?**    anos / \_   meses Quantos dias por semana, em média, presta cuidados?    | Quantas horas por dia, em média, presta cuidados?    |
| **Situação face ao emprego:** Outra situação:       |

|  |
| --- |
| **Conta com algum tipo de apoio de outra(s) pessoa(s) ou serviço(s) na prestação de cuidados?** Sim [ ]  / Não [ ]  |
| **Em caso afirmativo, qual/quais (assinalar com um x)** |
| - tenho apoio de outros familiares e/ou amigos | [ ]  |
| - tenho apoio da equipa do centro de saúde local | [ ]  |
| - tenho apoio do serviço de apoio domiciliário (SAD) | [ ]  |
| - a pessoa de quem cuido está integrada num centro de dia ou outro tipo de centro | [ ]  |
| - tenho apoio de serviços privados em casa (enfermagem, terapias, outros…) | [ ]  |
| - outro tipo de apoio (especificar):       |
| **Enquanto Cuidador/a beneficio ou já beneficiei de algum apoio?** Sim [ ]  / Não [ ]  |
| **Em caso afirmativo, qual/quais (assinalar com um x)**  |
| - apoio do serviço de apoio domiciliário (SAD)  | [ ]  |
| - descanso ao cuidador  | [ ]  |
| - participei em formações relacionadas com a prestação de cuidados  | [ ]  |
| - apoio de voluntários | [ ]  |
| - outro tipo de apoio (especificar)      |

## II. INFORMAÇÕES SOBRE A PESSOA CUIDADA

|  |  |
| --- | --- |
| **Data de Nascimento:**       | **Sexo:** [ ] *Feminino /* [ ]  *Masculino* |
| **Situação face ao emprego:** Outra situação:       |
| **Estado civil:**  |

**Causa de dependência *(assinalar com x):***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Decorrente do processo de envelhecimento  | [ ]  |  | Limitação física (músculo-esquelética, plegia…) | [ ]  |
| Pós-AVC | [ ]  | Limitação cognitiva/intelectual  | [ ]  |
| Demência *(caso saiba, referir qual):* | [ ]  | Doença psiquiátrica/mental *(caso saiba, referir qual):* | [ ]  |
| Outra situação (referir qual):       |

 **Informação adicional sobre a Pessoa Cuidada:**

1. **Estado Funcional**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mobilidade:** | [ ]  Normal | [ ]  Com supervisão | [ ]  Com ajuda técnica | [ ]  Acamado |
| **Higiene:** | [ ]  Independente | [ ]  Com supervisão | [ ]  Com ajuda | [ ]  Dependente  |
| **Vestir/Despir:** | [ ]  Independente | [ ]  Com supervisão | [ ]  Com ajuda | [ ]  Dependente |
| **Alimentação:** | [ ]  Independente | [ ]  Com supervisão | [ ]  Com ajuda  | [ ]  Dependente: Sonda nasogástrica [ ] /Via oral [ ]  |
| **Controlo urinário:** | [ ]  Independente | [ ]  Dependente | [ ]  Fralda | [ ]  Algália |
| **Controlo intestinal:** | [ ]  Independente | [ ]  Dependente | [ ]  Fralda | [ ]  Colostomia |
| **Gestão de dinheiro:** | [ ]  Independente | [ ]  Com supervisão | [ ]  Com ajuda  | [ ]  Dependente |
| **Administração medicamentos:** | [ ]  Independente | [ ]  Com supervisão | [ ]  Com ajuda  | [ ]  Dependente |
| **Utilização transportes públicos:** | [ ]  Independente | [ ]  Dependente (acompanhado(a) |

1. **Estado Mental**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Orientação Pessoal:** | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| **Orientação Espacial:** | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| **Orientação Temporal:** | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| **Comunicação oral:**  | [ ]  Sim | [ ]  Com dificuldade | [ ]  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 |
| **Integridade Cutânea:** úlceras de pressão? | [ ]  Sim | [ ]  Não |

## III. ENCAMINHAMENTO PREVISTO

[ ]  Gabinete de Apoio ao Cuidador - Atendimento individual:

*Psicologia* [ ]  */ Serviço Social* [ ]  */ Apoio jurídico* [ ]  */ Outro*

[ ]  Programa Psicoeducativo (PP):

* O CI tem alguém que acompanhe a Pessoa Cuidada na sua ausência? Sim [ ]  / Não [ ]
* O CI irá acompanhado da Pessoa Cuidada às sessões? Sim [ ]  / Não [ ]
* O CI precisa de transporte? Sim [ ]  / Não [ ]
* Indicar a disponibilidade/horário do CI para participar nas sessões:
* Tem possibilidade de assistir ao PP em formato online (equipamento, internet)? Sim [ ]  / Não [ ]

|  |
| --- |
| Observações adicionais: *(ex. em caso de desistência, apesar de sinalizado, suspenda o pedido de apoio no âmbito do +CUIDAR, indicar o(s) motivo(s)):*      |
| Autorizo a recolha dos dados no âmbito do acompanhamento prestado através do +CUIDAR 2.0:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Data:*      *(Assinatura do CI)*  |
| Técnico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Data:*      Entidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |