**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 /  Não  Se 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |