

Ficha de Encaminhamento

1. RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

Médico Técnico de Saúde/Social Cuidador Informal Pessoa com Demência

2. CONCELHO

2.1 LOCALIDADE

Oeiras Sintra

3. INSTITUIÇÃO

Nome: _____

Responsável pelo Encaminhamento: _____

Especialidade: _____

Telefone: _____ Email: _____

4. PESSOA COM DEMÊNCIA

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Estado Civil: _____ Sexo: Masculino Feminino

5. PESSOA DE CONTACTO

Nome Completo: _____

Parentesco/Relação com a Pessoa com Demência: _____

Vive com a Pessoa com Demência? Sim Não

Telemóvel: _____

Email: _____

Cofinanciado por:

6. MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO / Necessidades Identificadas:

(cognitivas, comportamentais e/ou funcionais)

7. INFORMAÇÃO CLÍNICA

Diagnóstico:

Data do Diagnóstico: _____

Outras Observações:

(medicação, comorbilidades, outras)

8. DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA / PERTURBAÇÃO NEUROCOGNITIVA MAJOR

Caso este encaminhamento não seja feito por um médico de especialidade, por favor responda às seguintes perguntas:

Existe um diagnóstico de demência? Sim Não

Se sim, tem um relatório do médico de especialidade (Psiquiatra ou Neurologista)?

Sim Não

Assinatura / Preenchido por: _____

Data do Encaminhamento: _____

TRATAMENTO DE DADOS

O ISJD assegura a proteção, privacidade e segurança das operações de tratamento de dados pessoais que realiza, de acordo com os termos da sua Política de Proteção de Dados Pessoais disponível em www.isjd.pt.

Após preenchimento desta ficha, guarde-a no seu computador, tablet ou smartphone e envie para o e-mail home360@isjd.pt.