



Ficha de Encaminhamento

1. Responsável pelo encaminhamento

☐ Médico ☐ Técnico de Saúde/Social ☐ Cuidador Informal ☐ Pessoa com Demência

Nome da Instituição _____

Responsável pelo Encaminhamento _____

Especialidade _____

Telefone _____ Email _____

2. Pessoa com demência

Nome _____

Data de Nascimento _____ Idade _____ Estado Civil _____

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

2.1. Morada _____ Código Postal _____

Concelho ☐ Montemor o Novo ☐ Vendas Novas ☐ Arraiolos

3. Pessoa de contacto

Nome _____

Parentesco/Relação com a Pessoa com Demência _____

Vive com a Pessoa com Demência? ☐ Sim ☐ Não

Telemóvel _____ Email _____

4. Motivo de encaminhamento / Necessidades Identificadas:

(cognitivas, comportamentais e/ou funcionais)

Diagnóstico

Data do Diagnóstico _____

Outras Observações (medicação, comorbilidades, outras)

6. 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.hsjd@isjd.pt