**Estimulação Cognitiva, Psicomotora e Snoezelen**

**Ficha de Sinalização**

|  |
| --- |
| 1. **Identificação da (s) Pessoa (s) Sinalizada (s)** |

|  |
| --- |
| **Nome:**  **Data de Nascimento:**  **Estado Civil:**  **Morada:**  **Freguesia:**  **Contactos:** |

|  |
| --- |
| 1. **Composição da Família** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Idade** | **Parentesco** | **Contacto** | **Ocupação** | **Vive com a pessoa**  **S/N** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Existência de Serviço de Apoio** |

|  |
| --- |
| ERPI Centro de Convívio  SAD Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Centro de Dia |

|  |
| --- |
| 1. **Situação Clínica** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Respiratórios □ | Urinários □ | Gastro - Intestinais □ |
| Reumáticos □ | Cardíacos □ | Hipertensão □ |
| Diabetes □ | Doenças infecto-contagiosas □ | HIV/SIDA □ |
| Doenças oncológicas □ | Doenças do foro psiquiátrico □ | Doenças do foro neurológico □ |
| Alergias □ | Problemas dependentes □ | |
| Outras □ | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Dependência nas atividades de vida diária básicas** | | | | | |
| **Mobilidade:** | □ Normal | □ Acamado | □ Deambula com supervisão | □ Deambula com ajuda de produtos de apoio | |
| **Higiene:** | □ Independente | □ Com supervisão | □ Com ajuda | □ Dependente | |
| **Vestir/Despir:** | □ Independente | □ Com supervisão | □ Com ajuda | □ Dependente | |
| **Alimentação:** | □ Independente | □ Com supervisão | □ Com ajuda | □ Dependente | □ Via oral    □Sonda nasogástrica |
| **Controlo urinário:** | □ Independente | □ Dependente | □ Algália  □ Fralda | | |
| **Controlo intestinal:** | □ Independente | □ Dependente | □ Fralda  □ Colostomia | | |
| **Visão:** | Normal □ | Défice visual□ | Cegueira□ | | |
| **Audição:** | Normal □ | Défice auditivo□ | Surdez □ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Dependência nas atividades de vida diária instrumentais** | | | | | | | | | |
| **Gestão de dinheiro:** | | □ Independente | | | □ Dependente | | □ Com ajuda parcial  □ Com ajuda total | | |
| **Administração de medicamentos:** | | □ Independente | | | □ Dependente | | □ Com ajuda parcial  □ Com ajuda total | | |
| **Utilização de transportes públicos:** | | □ Independente | | | □ Dependente | | □ Com ajuda parcial  □ Com ajuda total | | |
| 1. **Estado Mental** | | | | | | | | | |
| **Orientação Pessoal:** | □ Sim | | | | | □ Não | | | |
| **Orientação Espacial:** | □ Sim | | | | | □ Não | | | |
| **Orientação Temporal:** | □ Sim | | | | | □Não | | | |
| **Comunicação:** | □ Sim | | | □ Não | | | | □ Com dificuldade | |
| **Compreensão:** | □Não tem dificuldade | | □ Tem pouca  dificuldade | | | □ Tem muita dificuldade | | | □ Não consegue compreender |
| **Memória e concentração:** | □ Não tem dificuldade | | □ Tem pouca dificuldade | | | □ Tem muita dificuldade | | | □ Não consegue memorizar ou concentrar-se |
| **Comportamentos inadequados:** | □ Sim | | | | □ Não | | | □ Por vezes | |
|  |  | | | |  | | |  | |

|  |
| --- |
| 1. **Intervenção a beneficiar** |

|  |
| --- |
| Intervenção Cognitiva  Intervenção Psicomotora  Snoezelen |

|  |
| --- |
| **IX. Observações** |

|  |
| --- |
|  |

**Responsável pelo encaminhamento:**

**Data:**