

FICHA DE REFERENCIAÇÃO PROJETO ALFAVITA

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ SNS: _____

MORADA: _____ CP: _____

CONTATO: _____ EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR: _____

SITUAÇÃO SOCIAL: ☐ Cuidador ☐ Família ☐ Sozinho ☐ Convivente: _____

☐ Centro Dia ☐ Carência Económica ☐ SAD: _____

DATA DE ENTRADA: ____/____/____

DATA DE TERMO: ____/____/____

☐ Alimentação

☐ Medicação

☐ Arrumo Casa

☐ Higiene e Conforto

☐ Tratamento Roupa

☐ Outro: _____

REFERENCIAÇÃO

ENTIDADE REFERENCIADORA: _____ TLF: _____

RESPONSÁVEL PELA REFERENCIAÇÃO: _____ TLF: _____

MOTIVO DA REFERENCIAÇÃO: _____

CUIDADOR

NOME: _____ TLF: _____

☐ CUIDADOR ☐ FAMILIAR ☐ OUTRO: _____

OBSERVAÇÕES: _____

Referenciação (feita por)

()

Gestor de Saúde

()