



## EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

### FORMULÁRIO DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome de quem preenche o questionário:	Maria Elsa Mateus Mourão
Funções exercidas na instituição/serviço:	Presidente da Direção
Nome do Recurso de Cuidados Paliativos:	Coop LInQUE, Cuidados Paliativos em Casa, CRL
Nome do Médico Responsável:	António Manuel da Costa Cabral Folgado
Nome do Enfermeiro Responsável:	Mara Martins Sarmiento

LOCALIZAÇÃO	
Distrito	Lisboa
Concelho	Lisboa
Freguesia	Arroios
Localidade	Lisboa
Endereço	Rua José Carlos Barreiros, 19
Código Postal	1000-087 Lisboa

DADOS DE CONTACTO	
Telefone (rede fixa)	
Telefone (rede móvel)	916678700
Fax	
E-mail	geral@linque.pt
Página web	www.linque.pt

FASE DE ACTIVIDADE	
Data de início de actividade:	Ano: 2015 Mês: 08 Dia: 15
Horário de funcionamento:	Atividade assistencial:8-20; apoio telefónico: 24h/d
Modo de referênciação/acessibilidade dos doentes	Contacto telefónico: 916678700

LOCALIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO RECURSO	
<input type="checkbox"/>	Instituição Hospitalar
<input checked="" type="checkbox"/>	Instituição Não-Hospitalar
<input type="checkbox"/>	Cuidados de Saúde Primários

TIPOLOGIA DO RECURSO (pode assinalar mais que uma opção)	
<input type="checkbox"/>	Unidade de Cuidados Paliativos / Nº de camas: _____ <i>Camas próprias e estrutura específica</i>
<input type="checkbox"/>	Equipa de Suporte <i>Equipa de cuidados institucionais sem camas próprias</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários
<input type="checkbox"/>	Outras - Especifique



## EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

### FORMULÁRIO DE DADOS

ENTIDADE RESPONSÁVEL PELO RECURSO	
<input type="checkbox"/>	Entidade Pública
<input type="checkbox"/>	Entidade Privada com convenção com o Estado
<input type="checkbox"/>	Entidade Privada com convenções mas não com o Estado
<input checked="" type="checkbox"/>	Entidade Privada sem convenções
<input type="checkbox"/>	Entidade integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
<input type="checkbox"/>	Totalmente
<input type="checkbox"/>	Parcialmente
<input checked="" type="checkbox"/>	Outras- Cooperativa do ramo da solidariedade social
	Entidade Responsável: Coop LInQUE, Cuidados Paliativos em casa, CRL

VALÊNCIAS (Indicar tantos quantos se disponham)	
<input type="checkbox"/>	Centro dia
<input type="checkbox"/>	Consulta externa
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento telefónico 24 h/dia (não inclui atendedor de chamadas/voice mail)
<input type="checkbox"/>	Atendimento telefónico, mas não 24 h/dia
<input type="checkbox"/>	Atendimento presencial não programado ("urgências") 24h/dia
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento presencial não programado ("urgências") <24h/dia (horário: 8 às 20 )
<input type="checkbox"/>	Apoio/consultadoria a equipas/profissionais dos Cuidados de Saúde Primários
<input type="checkbox"/>	Interconsulta hospitalar/suporte a doentes internados
<input type="checkbox"/>	Cuidados domiciliários, presencialmente 24 h/dia
<input checked="" type="checkbox"/>	Cuidados domiciliários, presencialmente < 24h/dia (horário: 8 às 20 )
<input checked="" type="checkbox"/>	Visita domiciliária
<input type="checkbox"/>	Internamento em camas próprias / N.º de camas: _____
<input type="checkbox"/>	Internamento em camas a cargo da equipa, mas não em serviço próprio / N.º de camas: _____
<input checked="" type="checkbox"/>	Consulta de apoio ao luto

ACTIVIDADE DA EQUIPA ESPECÍFICA DE CUIDADOS PALIATIVOS			
<input checked="" type="checkbox"/>	A actividade da equipa é específica de Cuidados Paliativos		
<input type="checkbox"/>	A actividade da equipa é partilhada com outras actividades assistenciais		
N.º de horas semanais dedicação a Cuidados Paliativos dos elementos			
Médico responsável:	20	Enfermeiro responsável:	20
Outros médicos (média)	12	Outros enfermeiros (média)	20
Psicólogo	15	Assistente social	10
Assistente espiritual	10		
Outros (discriminar)			
Medicina complementar	5		
Fisioterapeutas	10		



## EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

### FORMULÁRIO DE DADOS

RECURSOS HUMANOS															
(Indicar o nº de profissionais em casa célula, sendo que os totais devem coincidir)															
Área Profissional	Total	Dedicação		Formação*						Experiência Profissional			Experiência em C. Paliativos		
		Completa	Parcial	Básica (18-45 h)		Intermédia (90-180 h)		Avançada (≥200 h, Mestrados)		<2A	2-5	>5A	<2A	2-5	>5A
				C/estágio	S/estágio	C/estágio	S/estágio	C/estágio	S/estágio						
Médico Responsável	1	1						1				1		1	
Outros Médicos	3		3		1			1	1		1	2	2	1	
Enfermeiro responsável	1		1						1			1		1	
Outros Enfermeiros	3		3		1				2		1	2	1	2	
Psicologia	4		4		2				1	2		2	3	1	
Serviço Social	1		1		1							1	1		
Fisioterapia	2		2		1				1			2	1	1	
Terapia Ocupacional															
Assistência espiritual	2		2				2					2	2		
Assistência religiosa															
Aux. acção médica															
Administrativos	1		1									1	1		
Motoristas															
Outros (especificar)															
Medicina complementar	1		1		1						1		1		
Gestor	1		1									1	1		
<b>Total de Profissionais</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>19</b>		<b>8</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	
Voluntários															

\*-De acordo com as recomendações da APCP/EAPC

## EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

### FORMULÁRIO DE DADOS

ESPECECIALIZAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL	
<input type="checkbox"/>	Medicina Geral e Familiar
<input type="checkbox"/>	Medicina Interna
<input type="checkbox"/>	Oncologia
<input type="checkbox"/>	Anestesiologia
<input checked="" type="checkbox"/>	Outra
Qual? Emergência Médica	

ESPECIALIZAÇÃO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL	
<input type="checkbox"/>	Médico-Cirúrgica
<input type="checkbox"/>	Reabilitação
<input type="checkbox"/>	Saúde Infantil e Pediátrica
<input type="checkbox"/>	Comunitária
<input type="checkbox"/>	Outra
Qual?	

DISPONIBILIDADE DE FÁRMACOS	
<input type="checkbox"/> Por Farmácia Hospitalar	<input checked="" type="checkbox"/> Por Farmácia de Oficina
<input checked="" type="checkbox"/> Por aquisição direta aos armazenistas e distribuidores	
<input checked="" type="checkbox"/> Amitriptilina	<input checked="" type="checkbox"/> Lorazepam
<input checked="" type="checkbox"/> Ácido aminocapróico	<input checked="" type="checkbox"/> Macrogol
<input checked="" type="checkbox"/> Bisacodil	<input checked="" type="checkbox"/> Megesterol
<input checked="" type="checkbox"/> Buprenorfina oral	<input type="checkbox"/> Metadona
<input checked="" type="checkbox"/> Buprenorfina transdérmico	<input checked="" type="checkbox"/> Metoclopramida injectável
<input checked="" type="checkbox"/> Butilescopolamina	<input checked="" type="checkbox"/> Metoclopramida oral
<input checked="" type="checkbox"/> Carbamazepina	<input checked="" type="checkbox"/> Midazolam injectável
<input checked="" type="checkbox"/> Citalopram	<input checked="" type="checkbox"/> Midazolam oral
<input checked="" type="checkbox"/> Dexametasona injectável	<input checked="" type="checkbox"/> Mirtazapina
<input checked="" type="checkbox"/> Dexametasona oral	<input checked="" type="checkbox"/> Morfina injectável
<input checked="" type="checkbox"/> Diazepam injectável	<input checked="" type="checkbox"/> Morfina oral (acção lenta)
<input checked="" type="checkbox"/> Diazepam oral	<input checked="" type="checkbox"/> Morfina oral (acção rápida)
<input checked="" type="checkbox"/> Diazepam rectal	<input checked="" type="checkbox"/> Octeótrido
<input checked="" type="checkbox"/> Diclofenac injectável	<input checked="" type="checkbox"/> Paracetamol oral
<input checked="" type="checkbox"/> Diclofenac oral	<input checked="" type="checkbox"/> Paracetamol injectável
<input checked="" type="checkbox"/> Fentanil Injectável	<input checked="" type="checkbox"/> Paracetamol rectal
<input checked="" type="checkbox"/> Fentanil transdérmico	<input checked="" type="checkbox"/> Paroxetina
<input checked="" type="checkbox"/> Fentanil transmucosa oral	<input checked="" type="checkbox"/> Picossulfato sódico
<input checked="" type="checkbox"/> Fentanil sublingual	<input checked="" type="checkbox"/> Prednisolona injectável
<input checked="" type="checkbox"/> Fluoxetina	<input checked="" type="checkbox"/> Prednisolona oral
<input checked="" type="checkbox"/> Gabapentina	<input checked="" type="checkbox"/> Sene
<input checked="" type="checkbox"/> Haloperidol injectável	<input checked="" type="checkbox"/> Sertralina
<input checked="" type="checkbox"/> Haloperidol oral	<input checked="" type="checkbox"/> Tramadol injectável
<input checked="" type="checkbox"/> Ibuprofeno	<input checked="" type="checkbox"/> Tramadol oral (acção lenta)
<input checked="" type="checkbox"/> Lactulose	<input checked="" type="checkbox"/> Tramadol oral (acção rápida)
<input checked="" type="checkbox"/> Levomepromazina injectável	<input checked="" type="checkbox"/> Trazodone oral
<input checked="" type="checkbox"/> Levomepromazina oral	<input checked="" type="checkbox"/> Venlafaxina
<input checked="" type="checkbox"/> Loperamida	