



EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

FORMULÁRIO DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome de quem preenche o questionário:	Ana Isabel Rodrigues Gonçalves
Funções exercidas na instituição/serviço:	Enfermeira/ Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos – Terra Fria
Nome do Recurso de Cuidados Paliativos:	Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos – Terra Fria
Nome do Médico Responsável:	Drª Liseta Gomes
Nome do Enfermeiro Responsável:	Ana Isabel Gonçalves

LOCALIZAÇÃO	
Distrito	Bragança
Concelho	Bragança, Macedo de Cavaleiros e Vinhais (Sede em Bragança)
Freguesia	Sé, Santa Maria e Meixedo
Localidade	Bragança
Endereço	Avenida Cidade de Leon
Código Postal	5300 - 274

DADOS DE CONTACTO	
Telefone (rede fixa)	273 310 800
Telefone (rede móvel)	962252912
Fax	273 310 813
E-mail	domicilio.paliativos@ulsne.min-saude.pt
Página web	

FASE DE ACTIVIDADE	
Data de início de actividade: 01/03/2015	Ano: 2015 Mês:03 Dia:01
Horário de funcionamento:24horas/7dias	
Modo de referência/acessibilidade dos doentes: São admitidos na UDCP-TF os utentes referenciados pelos seus médicos de família, pela Equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) dos respetivos concelhos, Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), Consulta Externa de Cuidados Paliativos e Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos.	
A referência é feita mediante contacto telefónico ao Enfermeiro Coordenador do projeto e informação escrita na plataforma Sclínico. A equipa multidisciplinar após rececionar o pedido de colaboração dispõe de 24 horas para comunicar.	

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

ENTIDADE RESPONSÁVEL PELO RECURSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	Entidade Pública Entidade Responsável: Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian e as Câmaras Municipais de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Vinhais.
<input type="checkbox"/>	Entidade Privada com convenção com o Estado
<input type="checkbox"/>	Entidade Privada com convenções mas não com o Estado



EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

FORMULÁRIO DE DADOS

<input type="checkbox"/>	Entidade Privada sem convenções
<input type="checkbox"/>	Entidade integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parcialmente
<input type="checkbox"/>	Outras
Entidade Responsável:	

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
<input type="checkbox"/>	Atendimento telefónico, mas não 24 h/dia
<input checked="" type="checkbox"/>	Atendimento presencial não programado ("urgências") 24h/dia
<input type="checkbox"/>	Atendimento presencial não programado ("urgências") < 24h/dia (horário:)
<input checked="" type="checkbox"/>	Apoio/consultadoria a equipas/profissionais dos Cuidados de Saúde Primários
<input type="checkbox"/>	Interconsulta hospitalar/suporte a doentes internados
<input checked="" type="checkbox"/>	Cuidados domiciliários, presencialmente 24 h/dia
<input type="checkbox"/>	Cuidados domiciliários, presencialmente < 24h/dia (horário:)
<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 type="checkbox"/>	Consulta de apoio ao luto

ACTIVIDADE DA EQUIPA ESPECÍFICA DE CUIDADOS PALIATIVOS			
<input type="checkbox"/>	A actividade da equipa é específica de Cuidados Paliativos		
<input checked="" type="checkbox"/>	A actividade da equipa é partilhada com outras actividades assistenciais		
<p>Nota: Um Médico com Competência em Medicina Paliativa, 40 horas semanais na UDCP-TF, sendo os períodos restantes cobertos em prevenção por dois médicos hospitalares também com competência em Medicina Paliativa estes assumem também os períodos de férias do médico responsável pelo projeto.</p> <p>Uma Enfermeira com formação avançada em Cuidados Paliativos ,40 horas semanais na UDCP- TF.</p> <p>Para funcionamento da UDCP TF 24horas/7dias por semana implementou-se um regime de prevenção das 20h às 9h da manhã semanalmente e todo o fim de semana, que integra :</p> <ul style="list-style-type: none">• Dois Enfermeiros hospitalares a exercer funções na UHBragança (com formação e experiência profissional em cuidados paliativos);• Cinco Enfermeiros a desempenhar funções nas ECCI de Macedo de Cavaleiros;• Quatro Enfermeiros a desempenhar funções nas ECCI de Vinhais. <p>Uma fisioterapeuta a realizar 40 horas semanais na UDCP TF, adjudicada pela Câmara de Vinhais. Os profissionais que em protocolo as Câmaras de Bragança e Macedo de Cavaleiros se comprometeram a adjudicar ao projeto, respetivamente Psicólogo, Assistente Social estão em fase de contratualização.</p> <p>Sempre que tem sido necessária a intervenção de Assistente Social ou Psicólogo ULSNE tem disponibilizado profissionais daquela unidade.</p>			
N.º de horas semanais dedicação a Cuidados Paliativos dos elementos			
Médico responsável:	40	Enfermeiro responsável:	40 + prevenções
Outros médicos (média)		Outros enfermeiros (média)	20
Psicólogo		Assistente social	
Assistente espiritual		Fisioterapeuta	40



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	
Outros Médicos	2		2					2						1	1
Enfermeiro responsável	1	1						1						1	
Outros Enfermeiros	11		11		9			2						11	10
Psicologia															
Serviço Social															
Fisioterapia	1	1		1										1	1
Terapia Ocupacional															
Assistência espiritual															
Assistência religiosa															
Aux. acção médica															
Administrativos															
Motoristas															
Outros (especificar)															
Total de Profissionais	16	3	13	1	9			6						16	11
Voluntários															

*-De acordo com as recomendações da APCP/EAP

EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

FORMULÁRIO DE DADOS

ESPECIALIZAÇÃO 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? Cirurgia	

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?	
Nota: a enfermeira responsável encontra-se a realizar especialização em enfermagem médico-cirúrgica	

DISPONIBILIDADE DE FÁRMACOS			
<input checked="" type="checkbox"/>	Por Farmácia Hospitalar	<input type="checkbox"/>	Por Farmácia de Oficina
<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 checked="" 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 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 type="checkbox"/>	Fentanil Injectável	<input checked="" type="checkbox"/>	Paracetamol rectal
<input checked="" type="checkbox"/>	Fentanil transdérmico	<input checked="" type="checkbox"/>	Paroxetina
<input type="checkbox"/>	Fentanil transmucosa oral	<input checked="" type="checkbox"/>	Picossulfato sódico
<input 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		