



## EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

### FORMULÁRIO DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome de quem preenche o questionário:	ANA PAULA COSTA
Funções exercidas na instituição/serviço:	MÉDICA, COORDENADORA DA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS (EIHSCP)
Nome do Recurso de Cuidados Paliativos:	EIHSCP do CHVNGaia/Espinho
Nome do Médico Responsável:	ANA PAULA COSTA
Nome do Enfermeiro Responsável:	CÉU AMORIM

LOCALIZAÇÃO	
Distrito	PORTO
Concelho	VILA NOVA DE GAIA
Freguesia	MAFAMUDE
Localidade	VILA NOVA DE GAIA
Endereço	RUA CONCEIÇÃO FERNANDES
Código Postal	4434-502 VILA NOVA DE GAIA

DADOS DE CONTACTO	
Telefone (rede fixa)	227865100
Telefone (rede móvel)	961786928
Fax	227868376
E-mail	eihscp@chvng.min-saude.pt
Página web	

FASE DE ACTIVIDADE	
Data de início de actividade:	Ano: 2013 Mês: 03 Dia: 12
Horário de funcionamento:	08:00h-17:00h – segunda -feira a sexta- feira
Modo de referência/acessibilidade dos doentes:	Pedido de consulta/ Colaboração (SClínico)

LOCALIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO RECURSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	Instituição Hospitalar
<input 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 checked="" type="checkbox"/>	Equipa de Suporte <i>Equipa de cuidados institucionais sem camas próprias</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários
<input checked="" type="checkbox"/>	Outras – Especifique: CONSULTA EXTERNA Médica e de Enfermagem e Consulta Telefónica



## EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

### FORMULÁRIO DE DADOS

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

VALÊNCIAS (Indicar tantos quantos se disponham)	
<input type="checkbox"/>	Centro dia
<input checked="" type="checkbox"/>	Consulta externa
<input type="checkbox"/>	Atendimento telefónico 24 h/dia (não inclui atendedor de chamadas/voice mail)
<input checked="" 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: Dias uteis: 9-16h)
<input checked="" type="checkbox"/>	Apoio/consultadoria a equipas/profissionais dos Cuidados de Saúde Primários
<input checked="" 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
<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 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		
N.º de horas semanais dedicação a Cuidados Paliativos dos elementos:			
Médico responsável:	40	Enfermeiro responsável:	10
Outros médicos (média)	43	Outros enfermeiros (média)	120
Psicólogo	20	Assistente social	40
Assistente espiritual			
Outros (discriminar)			
NUTRIÇÃO- 6H			
ADMINISTRATIVO- 15 H			



## 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 Médico	2		2	1				1					2	1	1
Enfermeiro responsável	1											1	1		
Outros Enfermeiros	3	3		1		2							3	2	1
Psicologia	2		2	1		1				1		1	1	1	
Serviço Social	2	1	1	2									2		2
Fisioterapia															
Terapia Ocupacional															
Assistência espiritual															
Assistência religiosa															
Aux. ação médica															
Administrativos	1		1										1	1	
Motoristas															
Outros (especificar)															
Nutrição	1		1		1								1		1
<b>Total de Profissionais</b>	<b>13</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 checked="" type="checkbox"/>	Medicina Interna
<input type="checkbox"/>	Oncologia
<input type="checkbox"/>	Anestesiologia
<input type="checkbox"/>	Outra
	Qual?

ESPECIALIZAÇÃO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL	
<input checked="" 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 (assinalados os não disponíveis)	
<input checked="" type="checkbox"/> Por Farmácia Hospitalar	<input type="checkbox"/> Por Farmácia de Oficina
<input type="checkbox"/> Amitriptilina <input type="checkbox"/> Ácido aminocapróico <input type="checkbox"/> Bisacodil <input checked="" type="checkbox"/> Buprenorfina oral <input type="checkbox"/> Buprenorfina transdérmico <input type="checkbox"/> Butilescopolamina <input type="checkbox"/> Carbamazepina <input checked="" type="checkbox"/> Citalopram <input type="checkbox"/> Dexametasona injectável <input type="checkbox"/> Dexametasona oral <input type="checkbox"/> Diazepam injectável <input type="checkbox"/> Diazepam oral <input type="checkbox"/> Diazepam rectal <input type="checkbox"/> Diclofenac injectável <input type="checkbox"/> Diclofenac oral <input type="checkbox"/> Fentanil Injectável <input type="checkbox"/> Fentanil transdérmico <input type="checkbox"/> Fentanil transmucosa oral <input type="checkbox"/> Fentanil sublingual <input type="checkbox"/> Fluoxetina <input type="checkbox"/> Gabapentina <input type="checkbox"/> Haloperidol injectável <input type="checkbox"/> Haloperidol oral <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Lactulose <input type="checkbox"/> Levomepromazina injectável <input type="checkbox"/> Levomepromazina oral <input type="checkbox"/> Loperamida	<input type="checkbox"/> Lorazepam <input checked="" type="checkbox"/> Macrogol <input type="checkbox"/> Megesterol <input checked="" type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Metoclopramida injectável <input type="checkbox"/> Metoclopramida oral <input type="checkbox"/> Midazolam injectável <input type="checkbox"/> Midazolam oral <input type="checkbox"/> Mirtazapina <input type="checkbox"/> Morfina injectável <input type="checkbox"/> Morfina oral (acção lenta) <input type="checkbox"/> Morfina oral (acção rápida) <input type="checkbox"/> Octeótrido <input type="checkbox"/> Paracetamol oral <input type="checkbox"/> Paracetamol injectável <input type="checkbox"/> Paracetamol rectal <input type="checkbox"/> Paroxetina <input type="checkbox"/> Picossulfato sódico <input type="checkbox"/> Prednisolona injectável <input type="checkbox"/> Prednisolona oral <input type="checkbox"/> Sene <input type="checkbox"/> Sertralina <input type="checkbox"/> Tramadol injectável <input type="checkbox"/> Tramadol oral (acção lenta) <input checked="" type="checkbox"/> Tramadol oral (acção rápida) <input type="checkbox"/> Trazodone oral <input type="checkbox"/> Venlafaxina