



PROPOSTA DE NOVA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome de quem preenche o questionário:	Enfª Fátima Ferreira
Funções exercidas na instituição/serviço:	Coordenadora ECSCP
Nome do Recurso de Cuidados Paliativos:	ECSCP do CSOdivelas
Nome do Médico Responsável:	Dr. Manuel Ferreira
Nome do Enfermeiro Responsável:	Enfª Fátima Ferreira

LOCALIZAÇÃO	
Distrito	Lisboa
Concelho	Odivelas
Freguesia	Póvoa Santo Adrião
Localidade	Póvoa Santo Adrião
Endereço	Rua Henrique dos Santos s/nº
Código Postal	2620-183 Póvoa Santo Adrião

DADOS DE CONTACTO	
Telefone (rede fixa)	219380223
Telefone (rede móvel)	
Fax	219380249
E-mail	cuidados.continuados@csodivelas.min-saude.pt
Página web	

FASE DE ACTIVIDADE	
Data de início de actividade:	Ano: Mês: Dia:
Horário de funcionamento:	2ª a sábado das 8 h às 20 h incluído feriados. Domingos doentes programados.
Modo de referência/acessibilidade dos doentes	Fax, e-mail, telefone e RNCCI

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



PROPOSTA DE NOVA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

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 checked="" type="checkbox"/>	X Totalmente
<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 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: 2ª a sábado das 8-20 h)
<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: 2ª a sábado das 8-20 h e domingos com utentes programados)
<input 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		
N.º de horas semanais dedicação a Cuidados Paliativos dos elementos			
*Médico responsável:	12h/semanal	Enfermeiro responsável:	18 h/semanal
*Outros médicos (média)	12h/semanal	Outros enfermeiros (média)	100h/semanal
Psicólogo	10 h/semanal	Assistente social	5 h /semanal
* Estas horas não incluem as			
6 h de serviço que são			
realizadas ao sábado bem			
como as de domingo que			
são realizadas “pró-bono”			



PROPOSTA DE NOVA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

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	1		1		1										1
Enfermeiro responsável	1		1			1						1			1
Outros Enfermeiros	7		7		4	1		1	1			7	4	3	
Psicologia	1		1					1				1			1
Serviço Social	1		1		1						1			1	
Fisioterapia	1		1				1					1	1		
Terapia Ocupacional															
Assistência espiritual															
Assistência religiosa															
Aux. ação médica	2		2		2						2			2	
Administrativos	1		1									1			
Motoristas															
Outros (especificar)															
Total de Profissionais	16		16		8	2	1	2	2		3	12	5	6	4
Voluntários															

*-De acordo com as recomendações da APCP/EAPC



PROPOSTA DE NOVA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

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

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 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 type="checkbox"/> Buprenorfina oral <input checked="" type="checkbox"/> Buprenorfina transdérmico <input checked="" type="checkbox"/> Butilescopolamina <input type="checkbox"/> Carbamazepina <input type="checkbox"/> Citalopram <input checked="" type="checkbox"/> Dexametasona injectável <input checked="" type="checkbox"/> Dexametasona oral <input checked="" type="checkbox"/> Diazepam injectável <input type="checkbox"/> Diazepam oral <input checked="" type="checkbox"/> Diazepam rectal <input checked="" type="checkbox"/> Diclofenac injectável <input type="checkbox"/> Diclofenac oral <input type="checkbox"/> Fentanil Injectável <input checked="" type="checkbox"/> Fentanil transdérmico <input type="checkbox"/> Fentanil transmucosa oral <input type="checkbox"/> Fentanil sublingual <input type="checkbox"/> Fluoxetina <input type="checkbox"/> Gabapentina <input checked="" type="checkbox"/> Haloperidol injectável <input checked="" type="checkbox"/> Haloperidol oral <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Lactulose <input checked="" type="checkbox"/> Levomepromazina injectável <input checked="" type="checkbox"/> Levomepromazina oral <input type="checkbox"/> Loperamida	<input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> Macrogol <input type="checkbox"/> Megesterol <input type="checkbox"/> Metadona <input checked="" type="checkbox"/> Metoclopramida injectável <input checked="" type="checkbox"/> Metoclopramida oral <input checked="" type="checkbox"/> Midazolam injectável <input type="checkbox"/> Midazolam oral <input type="checkbox"/> Mirtazapina <input type="checkbox"/> Morfina injectável <input checked="" type="checkbox"/> Morfina oral (acção lenta) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Tramadol injectável <input checked="" type="checkbox"/> Tramadol oral (acção lenta) <input type="checkbox"/> Tramadol oral (acção rápida) <input type="checkbox"/> Trazodone oral <input type="checkbox"/> Venlafaxina