



PROPOSTA DE NOVA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome de quem preenche o questionário:	Marília Coelho
Funções exercidas na instituição/serviço:	Enfermeira
Nome do Recurso de Cuidados Paliativos:	SCCID (Setor de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários)
Nome do Médico Responsável:	Tânia Cortez
Nome do Enfermeiro Responsável:	Marília Coelho

LOCALIZAÇÃO	
Distrito	Angra do Heroísmo
Concelho	Praia da Vitória
Freguesia	Santa Cruz
Localidade	Praia da Vitória
Endereço	Rua Cidade da Artesia
Código Postal	9760-586

DADOS DE CONTACTO	
Telefone (rede fixa)	295545059
Telefone (rede móvel)	910222117
Fax	295545099
E-mail	Marilia.Coelho@azores.gov.pt
Página web	

FASE DE ACTIVIDADE	
Data de início de actividade:	Ano: 2012 Mês: 07 Dia:02
Horário de funcionamento:	08:00-21:00 (dias úteis) 08:00-16:00 (dias não úteis)
Modo de referência/ acessibilidade dos doentes	Através de documento de referência (via emai, fax, edoc, presencial)

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



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 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 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:)
<input checked="" 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:)
<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:	4	Enfermeiro responsável:	40
Outros médicos (média)	4	Outros enfermeiros (média)	40
Psicólogo	4	Assistente social	
Assistente espiritual			
Outros (discriminar)			
Fisioterapeuta	4		
Nutricionista	4		
Assistente Operacional	40		



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														
Outros Médicos															
Enfermeiro responsável	1														
Outros Enfermeiros	3								(1)						
Psicologia	1														
Serviço Social															
Fisioterapia	1														
Terapia Ocupacional															
Assistência espiritual															
Assistência religiosa															
Aux. acção médica	1														
Administrativos															
Motoristas															
Outros (especificar)															
Nutricionista	1														
Total de Profissionais															
Voluntários															

*-De acordo com as recomendações da APCP/EAPC



PROPOSTA DE NOVA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

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



PROPOSTA DE NOVA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS