



## EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

### FORMULÁRIO DE DADOS

| IDENTIFICAÇÃO                             |  |
|---|--|
| Nome de quem preenche o questionário:     | Anabela Ribeiro                              |
| Funções exercidas na instituição/serviço: | Enfermeira                                   |
| Nome do Recurso de Cuidados Paliativos:   | Cuidados Paliativos Domiciliários, USIT-CSAH |
| Nome do Médico Responsável:               | Maria Amália Carrapa                         |
| Nome do Enfermeiro Responsável:           | Anabela Ribeiro                              |

| LOCALIZAÇÃO   |                              |
|---------------|------------------------------|
| Distrito      | Angra do Heroísmo            |
| Concelho      | Angra Heroísmo               |
| Freguesia     | Nossa Senhora da Conceição   |
| Localidade    | Angra do Heroísmo            |
| Endereço      | Canada dos Melancólicos nº 1 |
| Código Postal | 9700-121                     |

| DADOS DE CONTACTO     |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Telefone (rede fixa)  | 295 402 900           |
| Telefone (rede móvel) | 916 341 593           |
| Fax                   |                       |
| E-mail                | cc.csah@azores.gov.pt |
| Página web            |                       |

| FASE DE ACTIVIDADE                            |   |
|---|---|
| Data de início de atividade:                  | Ano: 2010 Mês: 05 Dia:02  |
| Horário de funcionamento:                     | Dias uteis: 08:00-21:00<br>Fins-de-semana e feriados: 08:00-15:00   |
| Modo de referência/acessibilidade dos doentes | Através de pedido de apoio por parte de doente, cuidador ou profissional de saúde mediante informação clínica |

| 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<br>(pode assinalar mais que uma opção) |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/>                                    | Unidade de Cuidados Paliativos / Nº de camas: _____<br><i>Camas próprias e estrutura específica</i> |
| <input type="checkbox"/>                                    | Equipa de Suporte<br><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 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   |
| X   | Outras   |
| Entidade Responsável: Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados dos Açores |  |

| VALÊNCIAS<br>(Indicar tantos quantos se disponham) |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/>                           | Centro dia  |
| X  | Consulta externa  |
| <input type="checkbox"/>                           | Atendimento telefónico 24 h/dia (não inclui atendedor de chamadas/voice mail)             |
| X  | Atendimento telefónico, mas não 24 h/dia  |
| <input type="checkbox"/>                           | Atendimento presencial não programado (“urgências”) 24h/dia                               |
| X  | Atendimento presencial não programado (“urgências”) <24h/dia (horário: 08:00 às 22:00)    |
| X  | 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  |
| X  | Cuidados domiciliários, presencialmente < 24h/dia (horário: 08:00 às 22:00)               |
| X  | 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: _____ |
| X  | Consulta de apoio ao luto   |

| ACTIVIDADE DA EQUIPA ESPECÍFICA DE CUIDADOS PALIATIVOS              |  |                            |    |
|---|--|----------------------------|----|
| <input type="checkbox"/>  | A actividade da equipa é específica de Cuidados Paliativos               |                            |    |
| X   | 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:    | 35 |
| Outros médicos (média)  |  | Outros enfermeiros (média) | 35 |
| Psicólogo   | 2  | Assistente social          | 2  |
| Assistente espiritual   |  |                            |    |
| Outros (discriminar)  |  |                            |    |
| Nutricionista   | 2  |                            |    |



## 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<br>(18-45 h) |           | Intermédia<br>(90-180 h) |           | Avançada<br>(≥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  |           |           |          |                     |           |                          |           |                                 |           |                          |          |          |                              |          |     |
| Enfermeiro responsável  | 1         | 1         |          |                     | 1         |                          |           |                                 |           |                          | 1        |          |                              | 1        |     |
| Outros Enfermeiros  | 5         | 5         |          |                     | 2         | 3                        |           |                                 |           | 1                        | 4        | 1        |                              | 4        |     |
| Psicologia  | 2         |           | 2        |                     | 2         |                          |           |                                 |           | 1                        | 1        | 1        |                              | 1        |     |
| Serviço Social  | 1         |           | 1        |                     | 1         |                          |           |                                 |           |                          | 1        |          |                              | 1        |     |
| Fisioterapia  |           |           |          |                     |           |                          |           |                                 |           |                          |          |          |                              |          |     |
| Terapia Ocupacional   |           |           |          |                     |           |                          |           |                                 |           |                          |          |          |                              |          |     |
| Assistência espiritual  |           |           |          |                     |           |                          |           |                                 |           |                          |          |          |                              |          |     |
| Assistência religiosa   |           |           |          |                     |           |                          |           |                                 |           |                          |          |          |                              |          |     |
| Aux. acção médica   |           |           |          |                     |           |                          |           |                                 |           |                          |          |          |                              |          |     |
| Administrativos   |           |           |          |                     |           |                          |           |                                 |           |                          |          |          |                              |          |     |
| Motoristas  |           |           |          |                     |           |                          |           |                                 |           |                          |          |          |                              |          |     |
| Outros (especificar)  |           |           |          |                     |           |                          |           |                                 |           |                          |          |          |                              |          |     |
| Nutricionista   | 1         |           | 1        |                     | 1         |                          |           |                                 |           |                          | 1        |          | 1                            |          |     |
|   |           |           |          |                     |           |                          |           |                                 |           |                          |          |          |                              |          |     |
|   |           |           |          |                     |           |                          |           |                                 |           |                          |          |          |                              |          |     |
| <b>Total de Profissionais</b>   | <b>11</b> | <b>6</b>  | <b>5</b> |                     | <b>7</b>  | <b>3</b>                 | <b>1</b>  |                                 |           | <b>2</b>                 | <b>9</b> | <b>2</b> | <b>1</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 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 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                                 |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Por Farmácia Hospitalar            | <input checked="" 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"/> Metoclopramida injectável |
| <input checked="" 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"/> Dexametasona injectável | <input type="checkbox"/> Mirtazapina                          |
| <input type="checkbox"/> Dexametasona oral                  | <input checked="" type="checkbox"/> Morfina injectável        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Diazepam injectável     | <input type="checkbox"/> Morfina oral (acção lenta)           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Diazepam oral           | <input type="checkbox"/> Morfina oral (acção rápida)          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Diazepam rectal         | <input type="checkbox"/> Octeótrido                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Diclofenac injectável   | <input type="checkbox"/> Paracetamol oral                     |
| <input type="checkbox"/> Diclofenac oral                    | <input checked="" type="checkbox"/> Paracetamol injectável    |
| <input type="checkbox"/> Fentanil Injectável                | <input checked="" type="checkbox"/> Paracetamol rectal        |
| <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 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"/> Haloperidol injectável  | <input type="checkbox"/> Sertralina                           |
| <input type="checkbox"/> Haloperidol oral                   | <input checked="" 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                         |   |