



EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

FORMULÁRIO DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome de quem preenche o questionário:	Milene Mendonça Lima/Ana Sofia Viveiros
Funções exercidas na instituição/serviço:	Enfermeira Responsável / Médica Responsável
Nome do Recurso de Cuidados Paliativos:	Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
Nome do Médico Responsável:	Ana Sofia Viveiros
Nome do Enfermeiro Responsável:	Milene Mendonça Lima

LOCALIZAÇÃO	
Distrito	Região Autónoma dos Açores- Ilha de São Miguel
Concelho	Ponta Delgada
Freguesia	Arrifes
Localidade	Ponta Delgada
Endereço	Grotinha nº1
Código Postal	9500-354

DADOS DE CONTACTO	
Telefone (rede fixa)	296249253
Telefone (rede móvel)	910425352
Fax	---
E-mail	usismiguel.ecscp@azores.gov.pt
Página web	http://usism.pt/wp/

FASE DE ACTIVIDADE	
Data de início de actividade:	Ano: 2018 Mês: Julho Dia:1
Horário de funcionamento:	Dias úteis das 8h30m às 15h30m, aos fim de semana e feriados, sempre que necessário.
Modo de referenciação/acessibilidade dos doentes	Efetuada através da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Divino Espírito Santo

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 / N° 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



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 type="checkbox"/>	Entidade integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
<input type="checkbox"/>	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: 8h30m-15h30m)
<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: 8h30m-15h30m)
<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 checked="" type="checkbox"/>	Consulta de apoio ao luto

ACTIVIDADE DA EQUIPA ESPECÍFICA DE CUIDADOS PALIATIVOS			
<input checked="" type="checkbox"/>	A actividade da equipa é específica de Cuidados Paliativos		
<input 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:	12	Enfermeiro responsável:	35
Outros médicos (média)	12	Outros enfermeiros (média)	35
Psicólogo		Assistente social	7
Assistente espiritual			
Outros (discriminar)			
Fisioterapeuta	7		
Farmacêutico	1		



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 Médicos	1		1		1							1	1		
Enfermeiro responsável	1	1						1				1			1
Outros Enfermeiros	1	1						1				1	1		
Psicologia															
Serviço Social	1		1									1	1		
Fisioterapia	1		1		1							1	1		
Terapia Ocupacional															
Assistência espiritual															
Assistência religiosa															
Aux. acção médica															
Administrativos	1		1									1	1		
Motoristas															
Outros (especificar)															
Farmacêutico	2		2									2	2		
Total de Profissionais	9	2	7		2			3				9	8	1	
Voluntários															

*-De acordo com as recomendações da ACP/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 checked="" type="checkbox"/> Por Farmácia Hospitalar	<input type="checkbox"/> Por Farmácia de Oficina
<input type="checkbox"/> Amitriptilina	<input type="checkbox"/> Lorazepam
<input checked="" type="checkbox"/> Ácido aminocapróico	<input type="checkbox"/> Macrogol
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Midazolam injectável
<input type="checkbox"/> Citalopram	<input type="checkbox"/> Midazolam oral
<input checked="" type="checkbox"/> Dexametasona injectável	<input type="checkbox"/> Mirtazapina
<input checked="" type="checkbox"/> Dexametasona oral	<input checked="" type="checkbox"/> Morfina injectável
<input 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 type="checkbox"/> Octeótrido
<input checked="" type="checkbox"/> Diclofenac injectável	<input checked="" type="checkbox"/> Paracetamol oral
<input type="checkbox"/> Diclofenac oral	<input type="checkbox"/> Paracetamol injectável
<input type="checkbox"/> Fentanil Injectável	<input checked="" type="checkbox"/> Paracetamol rectal
<input checked="" type="checkbox"/> Fentanil transdérmico	<input type="checkbox"/> Paroxetina
<input type="checkbox"/> Fentanil transmucosa oral	<input type="checkbox"/> Picossulfato sódico
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Haloperidol oral	<input type="checkbox"/> Tramadol injectável
<input checked="" type="checkbox"/> Ibuprofeno	<input type="checkbox"/> Tramadol oral (acção lenta)
<input type="checkbox"/> Lactulose	<input type="checkbox"/> Tramadol oral (acção rápida)
<input checked="" type="checkbox"/> Levomepromazina injectável	<input type="checkbox"/> Trazodone oral
<input type="checkbox"/> Levomepromazina oral	<input type="checkbox"/> Venlafaxina
<input type="checkbox"/> Loperamida	