



# PROPOSTA DE NOVA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome de quem preenche o questionário:	Edna Gonçalves
Funções exercidas na instituição/serviço:	Médica / Directora de Serviço
Nome do Recurso de Cuidados Paliativos:	Serviço de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar São de João, E.P.E.
Nome do Médico Responsável:	Edna Gonçalves
Nome do Enfermeiro Responsável:	Olinda Mendes

LOCALIZAÇÃO	
Distrito	Porto
Concelho	Porto
Freguesia	Paranhos
Localidade	Porto
Endereço	Alameda Prof. Hernani Monteiro
Código Postal	4200-319 Porto

DADOS DE CONTACTO	
Telefone (rede fixa)	225 512 100
Telefone (rede móvel)	912416278
Fax	
E-mail	scpaliativos@hsjoao.min-saude.pt
Página web	

FASE DE ACTIVIDADE	
Data de início de actividade:	Ano: 2008 Mês: 11 Dia:03
Horário de funcionamento:	08 h - 18h de 2ª a 6ª feira + Sab. Das 09h às 13h00
Modo de referência/ acessibilidade dos doentes:	Pedido de consulta por médico (do CHSJ ou ACES Porto Oriental e Maia/Valongo)

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 e Consulta Telefónica



# 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 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 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 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 (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 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:	40	Enfermeiro responsável:	15
Outros médicos (média)	122	Outros enfermeiros (média)	200
Psicólogo	24	Assistente social	32
Assistente espiritual/Religiosa	6		
Outros (discriminar)			
5 h Administrativo			



## 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	X						1				1			1
Outros Médicos	3	X						3				3		1	2
Enfermeiro responsável	1		X		1							1	1		
Outros Enfermeiros	5	X		1	0			3	1			5		2	3
Psicologia	1		X	1								1			1
Serviço Social	1		X					1				1			1
Fisioterapia	0														
Terapia Ocupacional	0														
Assistência espiritual	1		X									1	1		
Assistência religiosa	1		X									1	1		
Aux. acção médica	0														
Administrativos	1		X									1	1		
Motoristas	0														
Outros (especificar)	0														
<b>Total de Profissionais</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>1</b>			<b>14</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>8</b>
Voluntários	0	0	0												

\*-De acordo com as recomendações da APCP/EAPC



# PROPOSTA DE NOVA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

ESPECIALIZAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL	
<input type="checkbox"/>	Medicina Geral e Familiar
<input checked="" type="checkbox"/>	Medicina Interna
<input checked="" 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 que não disponíveis)	
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Macrogol
<input type="checkbox"/> Bisacodil	<input type="checkbox"/> Megesterol
<input type="checkbox"/> Buprenorfina oral	<input checked="" type="checkbox"/> Metadona
<input type="checkbox"/> Buprenorfina transdérmico	<input type="checkbox"/> Metoclopramida injectável
<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 type="checkbox"/> Dexametasona injectável	<input type="checkbox"/> Mirtazapina
<input type="checkbox"/> Dexametasona oral	<input type="checkbox"/> Morfina injectável
<input type="checkbox"/> Diazepam injectável	<input type="checkbox"/> Morfina oral (acção lenta)
<input type="checkbox"/> Diazepam oral	<input type="checkbox"/> Morfina oral (acção rápida)
<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 type="checkbox"/> Paracetamol injectável
<input type="checkbox"/> Fentanil Injectável	<input 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 type="checkbox"/> Haloperidol injectável	<input type="checkbox"/> Sertralina
<input type="checkbox"/> Haloperidol oral	<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	