



## EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

### FORMULÁRIO DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome de quem preenche o questionário:	Jorge Maria Carvalho
Funções exercidas na instituição/serviço:	Provedor e Médico
Nome do Recurso de Cuidados Paliativos:	Santa Casa da Misericórdia de Azeitão
Nome do Médico Responsável:	Jorge Maria Carvalho
Nome do Enfermeiro Responsável:	Hirondina Guarda

LOCALIZAÇÃO	
Distrito	Setúbal
Concelho	Setúbal
Freguesia	S. Lourenço
Localidade	Vila Nogueira de Azeitão
Endereço	Rua José Augusto Coelho, nº 154 – Ap. 69
Código Postal	2925-539 Azeitão

DADOS DE CONTACTO	
Telefone (rede fixa)	212198900
Telefone (rede móvel)	964307151
Fax	212198901
E-mail	scmazeitao@sapo.pt
Página web	www.misericordiazeitao.pt

FASE DE ACTIVIDADE	
Data de início de actividade:	Ano: 2003 Mês: 12 Dia:01
Horário de funcionamento: 24h	7 dias/semana
Modo de referência/acessibilidade dos doentes	Contacto telefónico, solicitação familiar, referência Seg. Social, sinalização médica, atendimentos Ass. Social.

LOCALIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO RECURSO	
<input type="checkbox"/>	Instituição Hospitalar
<input checked="" 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 / N.º 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 type="checkbox"/>	Entidade Pública
<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	Atendimento presencial não programado ("urgências") 24h/dia
<input type="checkbox"/>	Atendimento presencial não programado ("urgências") <24h/dia (horário: _____ )
<input type="checkbox"/>	Apoio/consultadoria a equipas/profissionais dos Cuidados de Saúde Primários
<input type="checkbox"/>	Interconsulta hospitalar/suporte a doentes internados
<input checked="" type="checkbox"/>	Cuidados domiciliários, presencialmente 24 h/dia
<input type="checkbox"/>	Cuidados domiciliários, presencialmente < 24h/dia (horário: 8.00h / 20.00h)
<input checked="" type="checkbox"/>	Visita domiciliária
<input checked="" type="checkbox"/>	Internamento em camas próprias / N.º de camas: 10
<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:	40	Enfermeiro responsável:	15
Outros médicos (média)	20	Outros enfermeiros (média)	60
Psicólogo	20	Assistente social	70
Assistente espiritual	0		
Outros (discriminar)			
Terapeuta Ocupacional	10	Nutricionista	10
Terapeuta Fala	10	Voluntários	20
Fisioterapia	20		



## 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	4		1	1		1		2		2	2		2	2	
Psicologia	1		1		1				1			1			
Serviço Social	1	1			1					1			1		
Fisioterapia	3		1							2	1		2	1	
Terapia Ocupacional	1		1	1						1			1		
Assistência espiritual	0														
Assistência religiosa	1		1		1				1			1			
Aux. acção médica	0														
Administrativos	2	2			2				2			2			
Motoristas	0														
Outros (especificar)															
Aj.Familiar/Domiciliária	10	10		10					1	1	8	1	1	8	
Nutricionista	1		1		1						1	1			
Terapeuta Fala	1		1		1					1		1			
<b>Total de Profissionais</b>															
Voluntários	5				5					2	3		2	3	

\*-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 checked="" type="checkbox"/>	Outra
	Qual? Pós-graduação em Cuidados Paliativos

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 checked="" type="checkbox"/>	Outra
	Qual? Mestre em Cuidados Paliativos

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