



PROPOSTA DE NOVA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome de quem preenche o questionário:	Jacinta Raposo Fernandes
Funções exercidas na instituição/serviço:	Gestora Técnica e prestadora de cuidados
Nome do Recurso de Cuidados Paliativos:	Unidade Domiciliar de Cuidados Paliativos do Planalto Mirandês – UDCP-PM – ECSCP -PM
Nome do Médico Responsável:	Jacinta Fernandes e Teresa Ramos
Nome do Enfermeiro Responsável:	Luis Rodrigues e Albino Alonso

LOCALIZAÇÃO	
Distrito	Bragança
Concelho	Miranda do Douro, Mogadouro e Vimioso
Freguesia	Sede Mogadouro e Miranda
Localidade	Rua D. Dinis Ed.ExUtad 5210 Miranda do Douro e Av de Espanha s/nº Mogadouro
Endereço	Rua D. Dinis Ed.ExUtad 5210 Miranda do Douro
Código Postal	5210-217 Miranda do Douro

DADOS DE CONTACTO	
Telefone (rede fixa)	273 417298
Telefone (rede móvel)	935732911; 935732538; 912220415
Fax	273417298
E-mail	cuidadospaliativospm@gmail.com
Página web	http://udcpplanaltomirandes.wordpress.com

FASE DE ACTIVIDADE	
Data de início de actividade:	Ano: 2010 Mês: 02 Dia:01
Horário de funcionamento:	24 horas/dia , 7 dias /semana
Modo de referência/acessibilidade dos doentes:	Referência Hospitais; UCCI ; CS; Líders comunidade. Resposta <de 48Horas

LOCALIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO RECURSO	
<input type="checkbox"/>	Instituição Hospitalar X
<input type="checkbox"/>	Instituição Não-HospitalarX
<input type="checkbox"/>	Cuidados de Saúde PrimáriosX
	Parceria da Saúde Misericórdias e Câmaras Municipais

TIPOLOGIA DO RECURSO (pode assinalar mais que uma opção)	
<input type="checkbox"/>	Unidade de Cuidados Paliativos / Nº de camas: ____0____ <i>Camas próprias e estrutura específica</i>
<input type="checkbox"/>	Equipa de Suporte <i>Equipa de cuidados institucionais sem camas próprias</i>
<input type="checkbox"/>	Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários
<input type="checkbox"/>	Outras - Especifique



PROPOSTA DE NOVA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

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"/>	<input type="checkbox"/> Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parcialmente
<input type="checkbox"/>	Outras - Parceria da Saude Misericordias e Camaras Municipais
	Entidade Responsável:
	ULSEN ; Camaras e Misericordias.Protocolo

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 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 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 type="checkbox"/>	Cuidados domiciliários, presencialmente < 24h/dia (horário: _____)
<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 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 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:	>35h	Enfermeiro responsável: (2) 35 h
	Outros médicos (média)	12 h	Outros enfermeiros (média) 40 h
	Psicólogo	18 h	Assistente social 35 h
	Assistente espiritual	6	
	Outros (discriminar)		
	Administrativa	35	
	Nutricionista	2h	
	fisioterapeuta	20	



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	2	1	1			1			1			2		1	1
Outros Médicos	3		3				1	1	1			3		3	
Enfermeiro responsável	2		2				1	1				2		2	
Outros Enfermeiros	10		10				7	3			1	9		10	
Psicologia	3		3		2		1				1	2	1	2	
Serviço Social	3		3		1			2			1	2	1	2	
Fisioterapia	1		1				1					1		1	
Terapia Ocupacional															
Assistência espiritual	1		1						1		1			1	
Assistência religiosa	3		3		3						3			3	
Aux. acção médica															
Administrativos	1	1					1					1		1	
Motoristas															
Outros (especificar)															
nutricionista	1		1		1							1		1	
Total de Profissionais	30	2	28		7	1	11	7	3		7	23	2	27	1
Voluntários															

*-De acordo com as recomendações da APCP/EAPC



PROPOSTA DE NOVA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

ESPECECIALIZAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL	
<input checked="" type="checkbox"/>	Medicina Geral e Familiar
<input checked="" type="checkbox"/>	Medicina Interna
<input type="checkbox"/>	Oncologia
<input type="checkbox"/>	Anestesiologia
<input type="checkbox"/>	Outra
	Qual? Mestre em Cuidados Paliativos; Pos graduação CP

ESPECIALIZAÇÃO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL	
<input type="checkbox"/>	Médico-Cirúrgica
<input type="checkbox"/>	Reabilitação
<input type="checkbox"/>	Saúde Infantil e Pediátrica
<input checked="" type="checkbox"/>	Comunitária
<input checked="" type="checkbox"/>	Outra- Cuidados Continuados
	Qual? mestre em Cuidados Paliativos; e- E-learning

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