



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

1. Identificação do Candidato

Nome completo: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____ Nacionalidade: _____
Estado civil: _____ Agregado familiar: _____ Nível de escolaridade: _____
Morada: _____ Cód. Postal: _____ - _____
Freguesia: _____ Concelho: _____ Telefone: _____
Telemóvel: _____ Email: _____

2. Identificação do(s) Significativo(s)

Nome: _____
Morada: _____ Cód. Postal: _____ - _____
Freguesia: _____ Concelho: _____ Telefone: _____
Telemóvel: _____ Email: _____
Grau de parentesco com o cliente: _____

3. Identificação da Entidade de Encaminhamento

Nome do Técnico: _____ Relação com o Cliente: _____
Instituição: _____ Telefone: _____
Telemóvel: _____ Fax: _____ Email: _____
Pedido: FSO UPRO FP ARIAJardins

Motivo do encaminhamento: _____

Atitude do cliente face ao encaminhamento: _____

4. Dados Clínicos

Diagnóstico (ICD 10): _____ (DSM-IV): _____
Comorbilidade (ICD 10): _____ (DSM-IV): _____
Médico Psiquiatra: _____ Instituição: _____
Psicólogo: _____ Assistente Social: _____

Periodicidade da consulta: _____

Adesão tratamento/consulta: _____



ARIA

Associação de Reabilitação e Integração Ajuda

Estado clínico actual: _____

Medicação/outras formas de tratamento em curso: _____

Autonomia na gestão medicamentosa: _____

Nº de hospitalizações prévias (nos últimos 3 a 5 anos): _____

Permanência na comunidade desde o último internamento: _____

Funções cognitivas deficitárias: _____

Consumo de álcool ou drogas: _____

Breve relatório clínico, incluindo história física e psiquiátrica: _____

Frequentou outro programa de reabilitação? Qual e ano?: _____

5. Dados Sócio-Económicos

1. Caracterização do suporte familiar: _____

2. Situação actual face ao emprego: _____

3. Fonte de rendimentos:

Recebe subsídio de desemprego? Não Sim

Recebe rendimento social de inserção? Não Sim

Recebe pensão de invalidez? Não Sim

Outra Não Sim

Outras observações (ex. descrição de áreas a trabalhar, frequência recomendada, e outra informação relevante para o plano individual de reabilitação): _____

O(A) Técnico(a) _____ Data ____/____/____

Recebido na ARIA por _____ Data ____/____/____