**FICHA DE NSCRIÇÃO PROJETO** “**AMBULÂNCIA MÁGICA**”

# A “AMBULÂNCIA MÁGICA” permite a concretização de desejos significativos a adultos\* com patologias neurodegenerativas, em fase avançada da doença e com acompanhamento por Cuidados Paliativos.

O preenchimento deste formulário serve como candidatura formal à realização de um desejo. Após receção da mesma, receberá um contacto por parte da equipa de realização de desejos da Ambulância Mágica.

\* Idade ≥ 18 anos

1. **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**
   1. Nome completo:

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

* 1. Nome pelo qual gosta de ser tratado:
  2. Género: 1.4. Data de nascimento:
  3. N.º CC/B.I.: 1.5. N.º do SNS:
  4. Contacto telefónico:
  5. E-mail:

**2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATOS DA(S) PESSOA(S) SIGNIFICATIVA(S) DO BENEFICIÁRIO**

* 1. Nome completo:
  2. Parentesco/Relação:
  3. Contacto telefónico:
  4. E-mail:

**3. DADOS DE INFORMAÇÃO CLÍNICA**

3.1. Diagnóstico Clínico:

3.2. Equipa de Cuidados Paliativos que acompanha o doente:

3.3. Nome do Médico Responsável:

3.4. Serviço e Instituição:

3.5. Utilização de dispositivos médicos:

3.6. Testamento Vital / Diretivas Antecipadas de vontade (data):

3.7. Indicação farmacológica

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FÁRMACO/DOSE | Pequeno-almoço | Almoço | Lanche | Jantar | Ceia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**4. DESEJO SIGNIFICATIVO**

Descreve o seu desejo significativo e as suas motivações

**5. Outras informações**

**Identifique outras informações que considere relevantes**

|  |  |
| --- | --- |
| Medicação em SOS | OBSERVAÇÔES |
| Clique ou toque aqui para introduzir texto. |  |
| Clique ou toque aqui para introduzir texto. |  |
| Clique ou toque aqui para introduzir texto. |  |
| Clique ou toque aqui para introduzir texto. |  |

A Cruz Vermelha Portuguesa - Delegação de Coimbra é a entidade responsável pelo tratamento dos dados recolhidos, tendo em vista a inscrição no Projeto “Ambulância Mágica” e seguinte articulação com a Equipa de Cuidados Paliativos, com o objetivo de realização de desejo significativo.

Autorizo a recolha e tratamento dos meus dados pessoais, pela Cruz Vermelha Portuguesa - Delegação de Coimbra, tendo por finalidade a integração no Projeto “Ambulância Mágica”.