

## FICHA DE INSCRIÇÃO PROJETO “AMBULÂNCIA MÁGICA”

**A “AMBULÂNCIA MÁGICA” permite a concretização de desejos significativos a pessoas com doenças avançadas e incuráveis em fase de tratamento paliativo.**

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

- 1.1. Nome completo:
- 1.2. Nome pelo qual gosta de ser tratado:
- 1.3. Género:  1.4. Data de nascimento:
- 1.4. N.º CC/B.I.:  1.5. N.º do SNS:
- 1.5. Contacto telefónico:
- 1.6. E-mail:

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

- 2.1. Nome completo:
- 2.2. Parentesco/Relação:
- 2.3. Contacto telefónico:
- 2.4. 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 Protocolo em caso de falecimento durante a realização do desejo:

3.8. Indicação farmacológica

FÁRMACO/DOSE	PEQUENO-ALMOÇO	ALMOÇO	LANCHE	JANTAR	CEIA

MEDICAÇÃO EM SOS	OBSERVAÇÕES

#### 4. DESEJO SIGNIFICATIVO

Descreve o seu desejo significativo e as suas motivações

## 5. Outras informações

Identifique outras informações que considere relevantes

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".