

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.

*Idade ≥ 18 anos

1. 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. 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. INFORMAÇÃO CLÍNICA

3.1. Diagnóstico Clínico:

3.2. Equipa de Cuidados Paliativos que acompanha o doente:

3.3. Nome do Profissional Responsável:

3.4. Serviço e Instituição:

3.5. Contacto telefónico da Equipa:

3.6. Email da equipa:

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.

3.7 Descreva quais os dispositivos médicos que a pessoa possui (ex: oxigénio; ostomias; drenos; VNI; cateter urinário; peg; sng; cateteres sc/ev; dispositivos de incontinência-fralda);

3.8 A pessoa possui Testamento Vital / Diretivas Antecipadas de vontade?

Data:

3.9 Durante a concretização do desejo, pode existir uma agudização. Descreva como é que a equipa de tripulantes deve proceder? (ex: desloca-se à urgência do hospital mais próximo geograficamente; ligar 112)

3.10 Em caso de paragem cardiorrespiratória, a pessoa tem ordem de não reanimação? Se sim, o Médico da equipa de CP deve preencher a o seguinte campo:

Eu, _____ (nome do Médico) com a cédula profissional nº _____, declaro que em caso de existir uma paragem cardiorrespiratória no âmbito da concretização do desejo, não se procederá à reanimação cardiorrespiratória do(a) beneficiário(a).

Assinatura do Médico: _____

NOTA: Caso não exista indicação em contrário, legalmente, em caso de paragem cardiorrespiratória, os tripulantes são obrigados a realizar manobras de reanimação e a ligar 112.

3.11 Caso decorra o falecimento da pessoa durante a realização do desejo, descreva como é que a equipa de tripulantes deve proceder? (ex: o Médico da equipa de CP assume a certificação do óbito e o doente regressa à unidade de saúde/domicílio?)

- ☐ O Médico da equipa de CP assume a certificação do óbito e o doente regressa à unidade de saúde de origem / domicílio.
- ☐ Outro. Descreva como proceder: _____

3.12 Indicação farmacológica

FÁRMACO	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	SINTOMA A CONTROLAR
---------	------	----------------------	---------------------

MEDICAÇÃO EM SOS	OBSERVAÇÕES

4. DESEJO SIGNIFICATIVO

Neste campo deve ser descrito o desejo significativo e as suas motivações:
(ex. no caso de existir um dia específico em que a equipa esteja disponível para concretizar o desejo, deve informar neste campo; no caso de a visita ser ao Santuário de Fátima, deve referir se pretende assistir à missa; no caso de se tratar de um jogo de futebol, a data será de acordo com a organização do clube)

5. Outras informações relevantes:

Para além da pessoa doente, **quem e quantas** são as pessoas significativas que estarão presentes? _____

Quantas pessoas serão transportadas dentro da ambulância? (existe 1 lugar em maca e no máximo 4 lugares em cadeira) _____

Quem e quantos são os elementos da equipa de CP que estarão presentes na concretização do desejo? (Ex: os profissionais presentes devem dar respostas aos cuidados que são necessários prestar, com ênfase na administração de medicação e gestão de dispositivos médicos que a pessoa possua). _____

No decorrer do desejo, a pessoa ficará na maca da ambulância, ou tem capacidade para se sentar numa cadeira de rodas? _____

Informações que a equipa queira acrescentar:

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".