

## Anexo I

### Ficha de Prescrição Produtos de Apoio

N.º Processo

Data de Prescrição

#### 1. Identificação da Entidade Financiadora

Ministério da Saúde	<input type="checkbox"/>	Ministério da Educação e Ciência	<input type="checkbox"/>	MSESS IEFP, IP	<input type="checkbox"/>	MSESS ISS, IP	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Código da Entidade Financiadora:

Designação:

Morada:

Código Postal:

#### 2. Entidade Prescritora do Produto de Apoio

Unidade Hospitalar	<input type="checkbox"/>	Centro de Saúde	<input type="checkbox"/>	Centro Min. Educação e Ciência	<input type="checkbox"/>
Centro IEFP, IP	<input type="checkbox"/>			Centro ISS, IP	<input type="checkbox"/>

Código da Entidade Prescritora:

Designação:

Morada:

Código Postal:

#### 3. Referenciação para Produto Apoio

##### 3.1 Identificação do Beneficiário.

###### 3.1.1) Dados de Identificação

NISS:  N.º Utente Saúde:  ID. IEFP

Tipo Documento :  Doc.ID :  NIF:

Atestado Multiuso (S/N)  Grau Incapacidade  %

Nome

Data de Nascimento:  Sexo:  Nacionalidade:

Morada:

Código Postal :

###### 3.1.2) Morada de referência

Morada onde habita Atualmente:

Código Postal :  Distrito / Concelho/ Freguesia (ISS/ IEFP):

Telefone:  Telemóvel:

Correio Eletrónico:

### 3.2 Dados do Responsável pelo Beneficiário (\*)

NISS:	<input type="text"/>	Nome :	<input type="text"/>		
Tipo Documento :	<input type="text"/>	Doc.ID :	<input type="text"/>	Data Nascimento:	<input type="text"/>
Tipo Relação	<input type="text"/>				
Telefone:	<input type="text"/>	Telemóvel:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
Correio Eletrónico:	<input type="text"/>				

(\*) – Obrigatório se o beneficiário for menor de Idade ou interdito

### 3.3 Dados Escolares.

(a preencher no caso de recomendações dos organismos do Ministério da Educação e Ciência)

Código	<input type="text"/>	Escola	<input type="text"/>		
Código	<input type="text"/>	Agrupamento de Escolas	<input type="text"/>		
Nível de Ensino (ª)	<input type="text"/>	Ano de Escolaridade	<input type="text"/>		
Docente responsável pela recomendação dos Produtos de Apoio	<input type="text"/>				

### 3.4 Dados IEFP, IP.

(a preencher no caso de prescrições dos organismos do IEFP, IP)

N.º Processo IEFP	<input type="text"/>													
<b>3.4.1</b>	Situação face ao emprego:													
<table border="1"><tr><td rowspan="2">Desempregado</td><td rowspan="2"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2">À procura de primeiro emprego</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">À procura de novo emprego</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Desempregado	<input type="checkbox"/>	À procura de primeiro emprego		<input type="checkbox"/>	À procura de novo emprego		<input type="checkbox"/>						
Desempregado			<input type="checkbox"/>	À procura de primeiro emprego		<input type="checkbox"/>								
	À procura de novo emprego			<input type="checkbox"/>										
<table border="1"><tr><td rowspan="3">Empregado</td><td rowspan="3"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2">Por conta própria</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td rowspan="2">Por conta de outrem</td><td>Tempo completo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Tempo Parcial</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Empregado	<input type="checkbox"/>	Por conta própria		<input type="checkbox"/>	Por conta de outrem	Tempo completo	<input type="checkbox"/>	Tempo Parcial	<input type="checkbox"/>				
Empregado			<input type="checkbox"/>	Por conta própria			<input type="checkbox"/>							
				Por conta de outrem	Tempo completo	<input type="checkbox"/>								
	Tempo Parcial	<input type="checkbox"/>												
<b>3.4.2</b>	Para qual das finalidades é imprescindível o produto de apoio:													
Acesso a formação	<input type="checkbox"/>	Frequência da formação	<input type="checkbox"/>											
Acesso ao emprego	<input type="checkbox"/>	Manutenção do emprego	<input type="checkbox"/>											
Progressão no emprego	<input type="checkbox"/>	Acesso a medida ativa de emprego	<input type="checkbox"/>											
<b>3.4.3</b>	Caracterização da Atividade a Desenvolver:													
<input type="text"/>														

### 3.5 Tipo de Deficiência (Alteração das funções ou estruturas)

Funções		Estruturas	
Mentais		Estruturas do sistema nervoso	
Visão e funções relacionadas		Estrutura da cavidade ocular, do globo ocular ou anexas ao Olho	
Auditivas e vestibulares		Estrutura do Ouvido externo, médio ou interno	
Outras sensoriais e da dor		Outras estruturas do olho ou ouvido	
Voz e da fala		Estruturas relacionadas com a voz e a fala	
Aparelho cardiovascular, respiratório e sistemas hematológico e imunológico		Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório	
Aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino		Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino	
Geniturinárias e reprodutivas		Estruturas relacionadas com os aparelhos genitourinário e reprodutivo	
Neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento		Estruturas relacionadas com o movimento	
Pele e estruturas relacionadas		Pele e estruturas relacionadas	

## 4. Prescrição

### 4.1 Produtos Prescritos

Classificação produto (ISO)	Quantidade	Valor Comparticipado	Valor a Pagar
1.			
Descrição das Especificações do Produto			Entregue em: __/__/__
			Recibo comprovativo de: __/__/__
Classificação produto (ISO)	Quantidade	Valor Comparticipado	Valor a Pagar
2.			
Descrição das Especificações do Produto			Entregue em: __/__/__
			Recibo comprovativo de: __/__/__
Classificação produto (ISO)	Quantidade	Valor Comparticipado	Valor a Pagar
3.			
Descrição das Especificações do Produto			Entregue em: __/__/__
			Recibo comprovativo de: __/__/__
Classificação produto (ISO)	Quantidade	Valor Comparticipado	Valor a Pagar
4.			
Descrição das Especificações do Produto			Entregue em: __/__/__
			Recibo comprovativo de: __/__/__

## 4.2 Justificação

(Identificação das dificuldades/problemas resolvidos/atenuados com os Produtos de Apoio prescritos)

--

## 4.3 Justificação para nova atribuição de produtos já atribuídos

(Indicação da justificação para nova prescrição de Produtos de Apoio prescritos anteriormente)

--

## 4.4 Identificação do Prescritor

### 4.4.1 Médico Prescritor

Aposição de Vinheta

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

### 4.4.2 Equipa Centro Especializado\*

Nome	Profissão/Categoria Profissional	Assinatura

\*Preenchimento obrigatório para os produtos de apoio de nível 3 prescritos pelas Equipas dos Centros Especializados do ISS, I.P.; pelas Equipas dos Centros de Recursos do IEFP, I.P.; e respetiva validação da recomendação para os produtos de apoio no âmbito da Educação\*

Carimbo da entidade

Assinatura Beneficiário / Responsável \_\_\_\_\_

