

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"/>													
3.4.1 Situação face ao emprego:														
<table border="1"><tr><td rowspan="2">Desempregado</td><td><input type="checkbox"/></td><td>À procura de primeiro emprego</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>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"/>	<input type="checkbox"/>	À procura de novo emprego	<input type="checkbox"/>							
Desempregado		<input type="checkbox"/>	À procura de primeiro emprego	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>	À procura de novo emprego	<input type="checkbox"/>											
<table border="1"><tr><td rowspan="3">Empregado</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Por conta própria</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Por conta de outrem</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Tempo completo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Tempo Parcial</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Empregado	<input type="checkbox"/>	Por conta própria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por conta de outrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tempo completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tempo Parcial	<input type="checkbox"/>	
Empregado		<input type="checkbox"/>	Por conta própria	<input type="checkbox"/>										
		<input type="checkbox"/>	Por conta de outrem	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>	Tempo completo	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	Tempo Parcial	<input type="checkbox"/>												
3.4.2 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"/>											
3.4.3 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 _____

