CAMPO DE TREINO ASBIHP 2019 (residencial) INSCRIÇÃO Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_(dd/mm/aaaa)Telemóvel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escolaridade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estabelecimento de Ensino:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cartão de Cidadão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NIF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NISS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Filiação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Morada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Localidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cód. Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

É sócio da ASBIHP? Não\_\_\_\_\_ Sim\_\_\_\_\_ N.º de sócio \_\_\_\_\_\_\_

1. AGREGADO FAMILIAR

Nome da Mãe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Morada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Localidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cód. Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Telemóvel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone/Emprego:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

É sócia da ASBIHP? Não\_\_\_\_\_ Sim\_\_\_\_\_ N.º de sócio \_\_\_\_\_\_\_

Nome da Pai:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Morada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Localidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cód. Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Telemóvel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone/Emprego:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

É sócio da ASBIHP? Não\_\_\_\_\_ Sim\_\_\_\_\_ N.º de sócio \_\_\_\_\_\_\_

1. INSTITUIÇÃO (preencher apenas se o participante estiver institucionalizado)

Nome da Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Morada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Localidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cód. Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Pessoa responsável a contatar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo na instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telemóvel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. INFORMAÇÃO ADICIONAL (respeitante ao participante)

Tem Spina Bífida? Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_ Se sim, nível da lesão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem Hidrocefalia? Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_ Se sim, tem válvula/shunt? Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_ Obs.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Outras patologias:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Obs.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Utiliza auxiliares de marcha(canadianas, cadeira de rodas, talas…)? Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_ Se sim, quais?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

É a 1ªvez que frequenta um campo de treino/colónia? Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_

Se sim, quantas vezes já teve esta experiência?\_\_\_\_\_\_\_ Sabe nadar? Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_

**Documentos a Entregar com a Inscrição**

* Cópia do Cartão de Cidadão ou Autorização de Residência do participante
* Cópia do Cartão de Utente do Centro de Saúde (em caso de cidadão estrangeiro)
* Ficha de Informação Médica devidamente preenchida (fornecida em anexo)
* Ficha de Avaliação do Grau de Autonomia nas AVDs (fornecida em anexo)

**PROTEÇÃO DE DADOS**

A ASBIHP, Associação de Spina Bífida e Hidrocefalia de Portugal é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que presta apoio a pessoas com Spina Bífida e/ou Hidrocefalia e suas famílias, com vista à sua reabilitação, integração social e comunitária e a defesa dos seus direitos. No âmbito da sua atividade recolhe dados pessoais pelos quais assume o compromisso na proteção da privacidade.

A Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais, que ora apresenta descreve os pontos relevantes sobre os dados que são recolhidos, como são recolhidos, quais as finalidades do tratamento, como os pode consultar, entre outras situações.

Os **dados que recolhemos** dizem respeito ao nome, endereço eletrónico, morada/localidade, telefone, número do documento de identificação pessoal e fiscal, data de nascimento, sexo, nacionalidade, habilitações académicas, situação profissional, dos participantes e dos seus pais ou Representantes legais.

Ainda quanto aos participantes, no âmbito da elaboração do seu processo, podem ser colhidos dados considerados sensíveis, nomeadamente parâmetros biométricos, dados relacionados com exames de diagnóstico de terapêuticas relevantes para a avaliação do utente, sendo efetuado o registo detalhado da história clínica do utente pelos profissionais que o acompanham.

Tratamos os seus dados de forma lícita, leal e transparente.

Recolhemos os seus dados para **finalidades** determinadas, explícitas e legítimas, para as quais são adequados, pertinentes e limitados. Conservamos os dados de forma a permitir a identificação dos seus titulares apenas durante o período estritamente necessário e dentro do legalmente permitido para a prossecução das finalidades de recolha ou do tratamento posterior.

Os dados são tratados com a finalidade de fornecer uma resposta e acompanhamento adequado ao participante, no âmbito da participação do Campo de Treino ASBIHP 2019. Os dados dos Pais e/ou representantes legais são necessários ao consentimento dos participantes menores.

O titular dos Dados Pessoais tem direito a solicitar, por escrito, a qualquer momento, à ASBIHP, o acesso, a retificação, o apagamento dos dados, a limitação do tratamento, a oposição ao tratamento dos seus dados.

Para exercer qualquer destes direitos, solicite-o por email para [sede@asbihp.pt](mailto:sede@asbihp.pt) ou por escrito para Rua Botelho Vasconcelos, Lote 567, Letra D, Zona J Chelas, 1900-637 Lisboa.

Tem, para além destes direitos, o direito de apresentar reclamação junto da autoridade de controlo – Comissão Nacional de Proteção de Dados.

**Termos de Responsabilidade**

Declaro que: SIM NÃO

|  |
| --- |
| * **Tomei conhecimento** que ao inscrever a/o minha/meu educanda/o concordo com as normas descritas no Regulamento Interno do Campo de Treino ASBIHP 2019 * **Autorizo** a deslocação e estada da/do minha/meu educanda/o no Campo de Treino ASBIHP 2019 durante a semana de 04/008/2019 a 10/08/2019, que decorrerá nas instalações da Pousada da Juventude de Santa Cruz. * **Autorizo** a captação e utilização de imagens da/do minha/meu educanda/o recolhidas durante o Campo de Treino ASBIHP 2019, com o fim de possível divulgação nos meios de comunicação social da Associação (facebook, newsletter, site ou blog). * **Autorizo** a/o minha/meu educanda/o a participar em todas as atividades a realizar no âmbito do Campo de Treino e assumo integral responsabilidade por quaisquer danos ou prejuízos, que eventualmente sejam causados pela/o minha/meu educanda/o. * **Declaro** que a/o minha/meu educanda/o possui as condições de saúde e de integridade física e emocional que permitem a sua participação nas atividades do campo de treino, não apresentando quaisquer feridas e/ou lesões cutâneas que impliquem cuidados diários ao nível da enfermagem, mais ainda, declaro que não ocultei à organização qualquer dado relevante sobre o seu estado de saúde. |

**O Representante Legal:**

(Assinatura)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Obs: O preenchimento completo e verdadeiro deste boletim é obrigatório; os dados são objeto de confidencialidade; só serão consideradas válidas as inscrições que chegarem aos serviços da ASBIHP até ao dia 15 de Julho.

Declaro que: SIM NÃO

|  |
| --- |
| * **Tomei conhecimento** que, com a entrega da presente inscrição, concordo com as normas descritas no Regulamento Interno do Campo de Treino ASBIHP 2019 * **Tomei conhecimento** dos requisitos de admissão do Campo de Treino ASBIHP 2019 e declaro que cumpro os mesmos. * **Autorizo** a captação e utilização de imagens minhas recolhidas durante o Campo de Treino ASBIHP 2019, com o fim de possível divulgação nos meios de comunicação social da Associação (facebook, newsletter, site ou blog). * **Assumo** integral responsabilidade por quaisquer danos ou prejuízos, que eventualmente sejam causados por mim durante a frequência do Campo de treino ASBIHP 2019. * **Declaro** que possuo as condições de saúde e de integridade física e emocional que permitam a minha participação nas atividades do Campo de Treino ASBIHP 2019, não apresentando quaisquer feridas e/ou lesões cutâneas ou doenças súbitas anteriores à frequência do Campo de Treino ASBIHP 2019 que impliquem cuidados diários ao nível da enfermagem, mais ainda, declaro que não ocultei à organização qualquer dado relevante sobre o seu estado de saúde. * **Tomei conhecimento** que estes são fatores de exclusão da minha inscrição e que a omissão dessa informação constitui motivo de cancelamento da frequência deste Campo de Treino sem qualquer ressarcimento por parte da ASBIHP. |

**O participante:**

(Assinatura)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Obs: O preenchimento completo e verdadeiro deste boletim é obrigatório; os dados são objeto de confidencialidade; só serão consideradas válidas as inscrições que chegarem aos serviços da ASBIHP até ao dia 15 de Julho.

RECEÇÃO (A preencher pela ASBIHP)

Data de Entrada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da pessoa que recebeu a ficha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rúbrica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexo 1: Ficha de Informação Médica**

Nome do participante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hospital de Referência:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Médico Assistente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro de Saúde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Médico Responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinale com uma cruz):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Alergias (medicamentos, alimentos ou outras…) | Sim | Quais: |
| Não |
| Dieta alimentar específica? | Sim | Qual? |
| Não |
| Problemas relacionados com o sono? | Sim | Especifique: |
| Não |
| Pode tomar banhos de piscina? | Sim | Observações: |
| Não |
| Pode tomar banhos de praia? | Sim | Observações: |
| Não |
| Tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico? | Sim | Especifique: |
| Não |
| Realiza eliminações vesicais/algaliações? | Sim | De quanto em quanto tempo/horas? |
| Não |
| Realiza treino intestinal? | Sim | De quanto em quanto tempo/horas? |
| Não |
| Toma medicação? | Sim | *Indicar no quadro seguinte* |
| Não |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome do Medicamento** | **Hora** | **Posologia/Dose** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Anexo 2: Ficha de Avaliação do Grau de Autonomia nas Atividades da Vida Diária**

**Classifique o nível de autonomia nas Atividades de Vida Diária**: Coloque uma cruz na coluna correspondente

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Muita ajuda** | **Pouca Ajuda** | **Apenas supervisão** | **Totalmente independente** | **Observações/**  **Não aplicável** |
| **Alimentação** | Agarrar nos talheres |  |  |  |  |  |
| Cortar os alimentos |  |  |  |  |  |
| Pôr a mesa/arrumar |  |  |  |  |  |
| **Vestir** | Veste a parte superior |  |  |  |  |  |
| Veste a parte inferior |  |  |  |  |  |
| **Despir** | Despe a parte superior |  |  |  |  |  |
| Despe a parte inferior |  |  |  |  |  |
| **Calçar** | Veste as meias |  |  |  |  |  |
| Coloca as talas |  |  |  |  |  |
| Calça os sapatos |  |  |  |  |  |
| Ata os atacadores |  |  |  |  |  |
| **Descalçar** | Despe as meias |  |  |  |  |  |
| Tira as talas |  |  |  |  |  |
| Desaperta os atacadores |  |  |  |  |  |
| Descalça os sapatos |  |  |  |  |  |
| **Algaliação** | Prepara o material |  |  |  |  |  |
| Realiza a manobra |  |  |  |  |  |
| **Eliminação das fezes** | Prepara o material |  |  |  |  |  |
| Realiza a manobra |  |  |  |  |  |
| **Transferências** | Cama – Cadeira de Rodas |  |  |  |  |  |
| Cadeira de Rodas – Cama |  |  |  |  |  |
| Cadeira de Rodas – Sanita |  |  |  |  |  |
| Sanita – Cadeira de Rodas |  |  |  |  |  |
| Entrar para a banheira |  |  |  |  |  |
| Sair da banheira |  |  |  |  |  |
| **Locomoção/**  **marcha** | Sobe passeios |  |  |  |  |  |
| Desce passeios |  |  |  |  |  |
| Sobe rampas |  |  |  |  |  |
| Desce rampas |  |  |  |  |  |
| Sobe escadas |  |  |  |  |  |
| Desce escadas |  |  |  |  |  |
| **Compreensão**  **e Comunicação** | Cumpre regras/ordens |  |  |  |  |  |
| Expressa-se oralmente de forma perceptível |  |  |  |  |  |
| Utiliza gestos para se expressar |  |  |  |  |  |
| **Capacidade de organização** | Organiza as tarefas do dia-a-dia |  |  |  |  |  |
| Cumpre as tarefas e compromissos, revelando responsabilidade |  |  |  |  |  |
| **Interação social/ Relacionamento com os pares** | Consegue manter uma conversa |  |  |  |  |  |
| Mantém diálogo com pessoas diferentes |  |  |  |  |  |
| Coopera e relaciona-se com os outros |  |  |  |  |  |
| **Análise e resolução de problemas** | É autónomo na resolução de problemas |  |  |  |  |  |
| Não frusta face aos problemas |  |  |  |  |  |
| Encontra soluções/alternativas para o problema |  |  |  |  |  |
| **Capacidade de tomada de decisão** | É autónomo a tomar decisões |  |  |  |  |  |
| Realiza escolhas entre várias opções |  |  |  |  |  |
| **Capacidade de memória** | Retém as regras de um jogo |  |  |  |  |  |
| Identifica e lembra-se dos passos das manobras |  |  |  |  |  |
| Identifica percursos/ruas/caminhos |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *A preencher pelo utente/participante* | |
| Refere quais as maiores dificuldades com que te deparas no teu dia-a-dia? | O que gostarias de **aprender** e **treinar** no Campo de Treino ASBIHP 2019? |
|  |  |