

Nome (completo/ **MAIUSCULAS**) _____

Morada completa _____

Código Postal _____, _____ Telemóvel _____

Telefone alternativo _____ E-mail _____

Nº de Beneficiário (cartão saúde) _____

Idade _____ data de Nascimento ____/____/____ Escolaridade (ano que frequenta) _____

Encarregado de Educação _____

Pai Mãe outro _____ Contacto de urgência _____

É Afectado com Spina Bífida? Sim Não Nível da Lesão? _____

Tem Hidrocefalia Sim Não Tem Válvula/Shunt Sim Não (obs) _____

Outras doenças _____ Alergias _____

Medicação que precisa de tomar _____

Alguma Dieta especial? _____

Médico assistente _____ Hospital onde é seguido? _____

Utiliza auxiliares de marcha (canadianas/cadeira de rodas/talas)? Sim Não se sim qual? _____

É a 1ª vez que frequenta um Campo/Colónia? Sim Não Se sim, quantas vezes já teve esta experiência? _____

Nível de autonomia nas Actividades de Vida Diária: explica a necessidade de ajuda colocando uma cruz X no número correspondente ao que a criança/jovem consegue fazer, sendo **1 Sem ajuda** e o **5 Muita ajuda**

Alimentação (consegue comer) Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Higiene/ banho (tomar banho/lavar-se) Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Vestir parte Superior (tshirt /camisola) Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Vestir parte Inferior (meias/calças/saia/sapatos) Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Algaliação (preparação do material e manobra) Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Eliminação Fezes (preparação material e manobra) Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Transferência da Cama =>Cadeira Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Transferência para sanita Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Transferência para banheira Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Locomoção/marcha (com ou sem auxiliares de marcha) Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Subir escadas Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Compreensão (visual/auditiva) Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Expressão verbal (comunicar) Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Interacção social (falar com os colegas) Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Resolver problemas (ex: apanhar uma roupa caída no chão) Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Capacidade de memorizar (lembrar-se material para manobra) Sem ajuda 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 Muita ajuda

Quais os maiores problemas com a Spina Bífida? (refere 5)	O que gostarias de aprender neste campo? (refere 5)

TERMOS DE RESPONSABILIDADE

Declaro que a minha/do meu educando (se menor) situação de saúde está conforme as condições de inscrição no Campo de Treino definidas pela Direção da ASBIHP, não tendo ocultado à organização qualquer dado relevante sobre o seu estado de saúde. Declaro ainda ter conhecimento de que qualquer situação que não tenha sido referida na inscrição pode originar a interrupção da participação no Campo de Treino.

Data: ___ / ___ / _____

(Assinatura do Próprio ou do Encarregado de Educação)

Declaro que autorizo a captação e utilização de imagens no decorrer das actividades do Campo de Treino nas quais participo (o meu educando se menor), com o fim de ilustrar ou informar sobre estas actividades, quer nos meios de comunicação da Associação (revista, site ASBIHP, ou blog), quer junto dos patrocinadores deste evento e meios de comunicação social (TV, jornais, revistas)

Data: ___ / ___ / _____

(Assinatura do Próprio ou do Encarregado de Educação)

Declaro que autorizo o meu educando a participar na recolha de dados para o estudo do “Efeito de um Programa de Educação para a Autogestão na Funcionalidade Autoestima e Autoconceito” e comprometo-me a colaborar na colheita de dados em follow up (6 meses depois) para elaboração do relatório final

Data: ___ / ___ / _____

(Assinatura do Próprio ou do Encarregado de Educação)

Preencher apenas se menor

Eu, (encarregado de educação): _____

do (utente) _____

com _____ anos de idade, declaro que autorizo a sua deslocação e estada no Campo de treino da ASBIHP durante o mês de Agosto, que decorrerá nas instalações da APPACDM, na Quinta da Fonte Quente, na Tocha, e participar nas actividades programadas. Mais declara que aceita o Regulamento do Campo de Treino, que estabelece as normas para os seus frequentadores. Data: ___ / ___ / _____

(Assinatura do Encarregado de Educação)

RECEPÇÃO (a preencher pelos serviços da ASBIHP)

Data de Entrada: _____ **Nº de ordem:** _____

Nome do receptor: _____

Rubrica: _____

Observações:

- (1) O preenchimento completo e verdadeiro deste boletim é obrigatório; os dados são objecto de confidencialidade; só serão atendidas as inscrições que chegarem aos serviços da ASBIHP até ao dia 30 de Junho.
- (2) Se a morada estiver incompleta ou ilegível a candidatura considera-se anulada.
- (3) Fazer acompanhar este boletim por fotocópia do cartão de saúde.
- (4) Este contacto servirá para que alguém seja avisado caso ocorra alguma situação que o justifique.
- (5) No caso de menores o Encarregado de Educação deve, no início da colónia, fornecer ao Coordenador Geral uma lista dos medicamentos e respectivos horários.

Documentos a enviarem obrigatoriamente com este boletim:

- Fotocópia de cartão de beneficiário (cartão de saúde)
- Fotocópia da Cédula Pessoal ou Bilhete de Identidade