| DATA | NÚMERO DA SECÇÃO | NOTAS SOBRE PROGRESSO/OBJETIVOS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

## (C) CONHECIMENTOS

| | | R | S | G |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Descreve a doença, consequências e prognóstico | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Compreende o objetivo da medicação e efeitos | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Compreende o objetivo do tratamento e efeitos | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | Conhece os membros da equipa e seu papel | ☐ | ☐ | ☐ |

## (D) DEFESA DE INTERESSES PESSOAIS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Fica sozinho/a em parte/totalidade da consulta | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Sabe como agendar e alterar agendamentos de consultas | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Compreende a confidencialidade | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | Saber renovar medicação | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. | Assume responsabilidade parcial/completa pela medicação/outros tratamentos | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. | Sabe onde obter ajuda | ☐ | ☐ | ☐ |

## (S) SAÚDE E ESTILO DE VIDA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Compreende a importância de alimentação saudável/exercício físico/ higiene dentária | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Percebe o impacto do consumo de tabaco/álcool/substâncias de abuso | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Compreende questões relacionadas com saúde sexual/gravidez/IST (infeções sexualmente transmissíveis) | ☐ | ☐ | ☐ |

## (A) ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Auto-cuidado/preparação de refeições | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Independente nas viagens/mobilidade | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Estadias fora de casa | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | Apoios e benefícios na doença | ☐ | ☐ | ☐ |

Programa de transição

## (V) VOCACIONAL

| | | R | S | G |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Educação atual e futura/impacto da doença nos planos profissionais | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Frequência e desempenho escolar | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Experiência profissional e como obter aconselhamento profissional | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | Interesses e atividades ao ar livre | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. | Comunicação da doença na escola/emprego | ☐ | ☐ | ☐ |

## (P) PSICOSOCIAL

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Auto-estima/auto-confiança | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Imagem corporal | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Relação com pares/bullying | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | Rede de suporte/família/ comunicação da doença a amigos | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. | Estratégias para lidar com a doença | ☐ | ☐ | ☐ |

## (T) TRANSIÇÃO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Compreende o conceito de transição | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Concorda com o plano de transição | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Frequenta a consulta de transição | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | Visita a serviço de saúde a adultos (se aplicável) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. | Vai ao médico de família sozinho | ☐ | ☐ | ☐ |

**Partida** Data _____ Assinatura _____

**Largada** Data _____ Assinatura _____

**Fugida** Data _____ Assinatura _____

Programa de transição

Por favor, assinale e coloque a data quando indicado, registando detalhes na secção de texto livre, de acordo com o código, por exemplo C2, A3

| DATA | NÚMERO DA SECÇÃO | NOTAS SOBRE PROGRESSO/OBJETIVOS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |