

Como está a vida Independente da pessoa apoiada?	Está a funcionar?		É importante?		Dá apoio?		
	 Sim	 Não	 Sim	 Não	 Muito	 Pouco	 Nada
<b>Vida Partilhada</b>							
Partilha espaços, tarefas e responsabilidades em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cumpre as regras da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe como agir quando há conflitos entre colegas de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Consegue gerir as suas emoções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Alimentação</b>							
Sabe planear as refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe fazer uma lista de compras de mercearia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Combina refeições conjuntas com os colegas e divide os custos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe seguir uma receita para preparar uma refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Consegue preparar e cozinhar as refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Segurança doméstica</b>							
Tem uma lista de contactos de emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe como fazer em caso de incêndio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe o que deve fazer para estar seguro quando usa o gás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe como prevenir acidentes com electricidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe como pedir ajuda em caso de acidente em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe como usar o material de primeiros socorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Como está a vida Independente da pessoa</b>	<b>Está a</b>		<b>É importante?</b>		<b>Dá apoio?</b>		

apoiada?	funcionar?						
	 Sim	 Não	 Sim	 Não	 Muito	 Pouco	 Nada
<b>Actividades domésticas</b>							
Sabe lavar a roupa na máquina de lavar roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe passar a roupa a ferro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe limpar os diferentes espaços da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Faz reciclagem em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe estender a roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Consegue cuidar da higiene pessoal completa (lavar a cabeça, fazer a barba, cortar as unhas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Consegue escolher a minha roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe vestir-se conforme a estação/tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Saúde</b>							
Sabe marcar uma consulta no médico, dentista, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Consegue ir ao médico, dentista, etc. e relatar apropriadamente problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Consegue fazer pequenos curativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe a quem ligar quando está doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Consegue organizar os medicamentos para tomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Toma os medicamentos sempre à mesma hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tem uma forma de não se esquecer dos medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Para não se esquecer, regista, pede que o lembrem....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Como está a vida Independente da pessoa apoiada?	Está a funcionar?		É importante?		Dá apoio?		
	 Sim	 Não	 Sim	 Não	 Muito	 Po uco	 Nada
<b>Gestão do Orçamento</b>							
Sabe quanto recebe num mês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Consegue gerir o seu orçamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe pagar as contas e facturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe como usar os serviços do banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe usar o Multibanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe usar o dinheiro para ir às compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Poupa algum dinheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Transporte/Deslocação</b>							
Utiliza transportes públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Faz deslocações a pé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Lazer</b>							
Planeia actividades para o fim-de-semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Participa em actividades relacionadas com a vida na comunidade local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Escolhe com os amigos as actividades que quer fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Fala com os amigos e familiares pelo telefone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Escolhe e vai a um restaurante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Vai ao cinema, teatro, concertos ou espectáculos de dança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Vai passear ao parque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Como está a vida Independente da pessoa apoiada?	Está a funcionar?		É importante?		Dá apoio?		
	 Sim	 Não	 Sim	 Não	 Muito	 Po uco	 Nada
Visita centros comerciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Visita museus, exposições, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Hábitos de Vida Saudável</b>							
Faz exercício físico regularmente (caminhada, corrida, ginásio, etc..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Escolhe alimentos que são saudáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dorme pelo menos 8 horas por noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bebe água ao longo do dia e fora das refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Afectividade e Sexualidade</b>							
Sabe o que é Sexualidade e as suas dimensões: o Amor, o Prazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Identifica os diferentes sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe como expressar sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Respeita os seus sentimentos e o dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe o que são doenças sexualmente transmissíveis e como proteger-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe utilizar os métodos contraceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sabe pedir ajuda...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Outras...</b>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				