

## 1. CANDIDATURA A UM DESEJO

### Dados da criança:

### Data:

(dd/mmm/aaaa i.e. 01Jan2000)

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino

Doença: \_\_\_\_\_ Desejo da Criança: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Língua-materna: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Já realizou algum desejo? \_\_\_\_\_

Morada actual: \_\_\_\_\_

Morada permanente (se for diferente da actual): \_\_\_\_\_

### Pais / Titular (es) do Poder Paternal:

Pai / Titular do Poder Paternal: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Telefone de casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

Telefone do emprego (facultativo): \_\_\_\_\_ E-mail (facultativo): \_\_\_\_\_

Mãe / Titular do Poder Paternal: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Telefone de casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

Telefone do emprego (facultativo): \_\_\_\_\_ E-mail (facultativo): \_\_\_\_\_

### Autorização de tratamento de dados pelos Pais / Titular(es) do Poder Paternal:

O(s) signatário(s) declara(m), expressamente:

1. Que é (são) o(s) único(s) titular(es) do poder paternal sobre a criança acima identificada;
2. Mais declara(m), para os efeitos previstos no artigo 7.º, n. 2, da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, autorizar a Fundação Realizar Um Desejo, tendo em vista a candidatura ou a realização de um desejo e procedimentos subsequentes, a proceder ao tratamento (recolha, registo, consulta e conservação) de todos os dados constantes do presente formulário, inclusivamente os dados sensíveis referentes à saúde da criança acima identificada;

## 1. CANDIDATURA A UM DESEJO

3. Fica(m) ciente(s), para os efeitos previstos no artigo 10.º, da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, que:

- i) A Fundação Realizar Um Desejo é a entidade responsável pelo presente tratamento de dados;
- ii) O tratamento dos presentes dados é efectuado tendo em vista a candidatura ou a realização de um desejo e procedimentos subsequentes;
- iii) Os destinatários dos presentes dados são a Fundação Realizar Um Desejo assim como a equipa de voluntários da Fundação Realizar Um Desejo adstrita à realização do desejo;
- iv) Os campos de preenchimento facultativo do presente formulário encontram-se devidamente assinalados;
- v) Que pode(m) na sua qualidade de representante(s) legal(ais) da criança acima identificada aceder à informação dizendo respeito a esta e solicitar por escrito, junto da Fundação, a sua actualização ou correcção.

Assinatura do Pai / Titular do Poder Paternal (conforme Bilhete de Identidade):

Local:

Data:

Assinatura da Mãe / Titular do Poder Paternal (conforme Bilhete de Identidade):

Local:

Data:

### Dados do Médico Assistente:

Nome do médico assistente da criança:

Morada:

Telefone:

Fax:

Centro de cuidados médicos:

(nome do Hospital, clínica, etc.):

Existe prazo ou urgência médica para a realização do desejo?

### Quem recebeu o pedido do desejo:

Data:

E-mail:

Equipa de voluntários atribuída:

## 2. DECLARAÇÃO MÉDICA DE APTIDÃO FÍSICA

**INSTRUÇÕES:** Esta Declaração Médica de Aptidão Física deve ser preenchida e assinada pelos Pais / Titular(es) do Poder Paternal sobre a Criança assim como pelo médico da Criança e remetida ao endereço abaixo indicado. Esta Declaração Médica de Aptidão Física é assinada em relação a um desejo que poderá vir a ser concedido pela Fundação Realizar Um Desejo a:

Nome do paciente: (“Criança”) \_\_\_\_\_

Doença: \_\_\_\_\_

Data de nascimento do paciente: \_\_\_\_\_

Pai/ Titular do Poder Paternal: \_\_\_\_\_

Mãe/ Titular do Poder Paternal \_\_\_\_\_

Médico da Criança (“Médico”): \_\_\_\_\_

### Autorização dos Pais / Titular (es) do Poder Paternal

O(s) signatário(s) declara(m), expressamente na sua qualidade de Pais / Titular (es) do Poder Paternal:

1. Que autoriza (m) o Médico a remeter à Fundação Realizar Um Desejo o presente formulário devidamente preenchido, inclusivamente com os dados referentes à saúde da Criança acima identificada, tendo em vista a obtenção da necessária informação para a candidatura ou realização de um desejo. Mais autorizam o Médico, numa fase posterior e se for caso disso, a confirmar à Fundação Realizar Um Desejo se a Criança se encontra (ou não) com as necessárias condições de saúde para realizar um determinado desejo concreto assim como as restrições e necessidades médicas a ter em consideração na eventual realização desse mesmo desejo concreto;

2. Mais declara (m), para os efeitos previstos no artigo 7.º, n. 2, da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, autorizar a Fundação Realizar Um Desejo, tendo em vista a candidatura ou a realização de um desejo, a proceder ao tratamento (recolha, registo, consulta e conservação) de todos os dados constantes do presente formulário, inclusivamente os dados sensíveis referentes à saúde da Criança acima identificada necessários para a candidatura ou realização de um desejo;

3. Fica (m) ciente(s), para os efeitos previstos no artigo 10.º, da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, que:

- i) A Fundação Realizar Um Desejo é a entidade responsável pelo presente tratamento de dados;
- ii) O tratamento dos presentes dados é efectuado tendo em vista a candidatura ou a realização de um desejo;
- iii) Os destinatários dos presentes dados são a Fundação Realizar Um Desejo assim como a equipa de voluntários da Fundação Realizar Um Desejo adstrita à realização do desejo;
- iv) Os campos do presente formulário são todos de preenchimento obrigatório;
- v) Que pode (m) na sua qualidade de representante (s) legal(ais) da criança acima identificada aceder à informação dizendo respeito a esta e solicitar por escrito, junto da Fundação, a sua actualização ou correcção.

Assinatura do Pai / Titular do Poder Paternal (conforme Bilhete de Identidade):

Local:

Data:

Assinatura da Mãe / Titular do Poder Paternal (conforme Bilhete de Identidade):

Local:

Data:

## 2. DECLARAÇÃO MÉDICA DE APTIDÃO FÍSICA

**MÉDICO: É FAVOR PREENCHER E INDICAR A SUA DECISÃO ASSINALANDO NO CAMPO APROPRIADO**

**O médico certifica que as condições 1 ou 2 abaixo mencionadas são aplicáveis.**

1. O médico conhece a condição clínica da Criança a quem foi diagnosticada, no momento da candidatura, uma das doenças constante na Lista Médica anexa.
2. O médico conhece a condição clínica da Criança a quem foi diagnosticada, no momento da candidatura, outra doença que ponha a sua vida em risco.

O médico identificou as seguintes restrições e necessidades médicas a ter em consideração na eventual realização do desejo da Criança:

---

---

---

---

---

---

---

**O médico conhece a condição médica do paciente e certifica que este não está clinicamente apto a participar.**

(Local e data) (Assinatura do Médico e vinheta identificativa ou carimbo do Médico)

Uma vez completado, é favor enviar para:  
**Fundação Realizar Um Desejo**  
Avenida Fontes Pereira de Melo, n.º 6, 1.º Esq., 1050-121 Lisboa  
Tel. 21 356 20 82 - Fax: 213562083  
Email: [pedirdesejo@makeawish.pt](mailto:pedirdesejo@makeawish.pt)

## 2. DECLARAÇÃO MÉDICA DE APTIDÃO FÍSICA

*Levamos Força, Esperança e Alegria a crianças com doenças de risco, através da realização dos seus desejos*

### LISTA MÉDICA 2008

O objectivo desta lista é fornecer ao médico uma lista das enfermidades que levam a que uma criança seja eventualmente contemplada com a realização de um desejo. **As crianças com enfermidades ou condições médicas não incluídas nesta lista podem igualmente ser consideradas pelos seus médicos, devendo cada caso ser avaliado individualmente.**

CARDIOLOGIA	IMUNODEFICIÊNCIA
<p>Todas as condições de insuficiência cardíaca ou cianose persistente, como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiomiopatia dilatada e insuficiência cardíaca</li> <li>• Lesões Cardíacas Congénitas Debilitantes e não corrigíveis com Insuficiência Cardíaca Congestiva ou cianose</li> <li>• Síndrome de Eisenmenger (hipertensão pulmonar grave devido a lesão cardíaca congénita)</li> <li>• Transplante de coração anterior a cirurgia, complicações com a cirurgia ou rejeições.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imunodeficiências congénitas com conhecidas limitações na esperança média de vida; ou que requeiram transplantes de medula óssea</li> <li>• Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Infecção HIV com sintomas e/ou imunossupressão significativa)</li> </ul>
GASTROINTESTINAL	ENFERMIDADES METABÓLICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atresia Biliar Congénita</li> <li>• Síndrome do intestino curto grave</li> <li>• Insuficiência hepática terminal,</li> <li>• Transplante de fígado, intestino, pâncreas, anterior a cirurgia, complicações com cirurgia, ou rejeições</li> <li>•</li> </ul>	<p>Enfermidades metabólicas como exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes Mellitus</li> <li>• Doença de Gaucher com envolvimento neurológico progressivo e outras situações semelhantes</li> </ul>
HEMATOLOGIA	NEUROLOGIA
<p>Doenças crónicas que requerem transfusões ou outra terapia crónica, como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia Aplástica (de Fanconi e Idiopática)</li> <li>• Talassemia major</li> <li>• Doença Falciforme ou Anemia falciforme com complicações (cardíacas, renais)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualquer tumor cerebral ou na coluna vertebral</li> <li>• Qualquer condição neurológica progressiva ou degenerativa</li> <li>• Distrofia Muscular de Duchenne ou outro tipo</li> <li>• Qualquer malformação congénita grave, como por exemplo síndrome de Apert's.</li> <li>• Epilepsia grave, intratável, ou estado de mal epiléptico recorrente</li> </ul>
PULMONAR	TRAUMA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fibrose Quística Grave</li> <li>• Bronquiectasia Grave</li> <li>• Transplante de pulmão, anterior a cirurgia, complicações com cirurgia, ou rejeições</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Queimadura Grave – queimaduras de 3º grau, afectando mais de 30% do corpo</li> <li>• Trauma multisistémico, com lesões permanentes</li> </ul>
RENAL	ONCOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiência Renal terminal</li> <li>• Transplante renal anterior a cirurgia, complicações com cirurgia ou rejeições.</li> </ul>	<p>Todos os tipos de cancro com severo impacto na qualidade de vida da criança, como exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os tipos de leucemia aguda e crónica, que requerem quimioterapia</li> <li>• Todos os pacientes com tumores sólidos metastáticos</li> <li>• Todos os pacientes com tumores cerebrais malignos</li> <li>• <u>As crianças curadas após o tratamento de quimioterapia, não são elegíveis, a não ser que haja recorrência da doença</u></li> </ul>