

FICHA ESPELHO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

1. IDENTIFICAÇÃO



Nome: _____

Como quer ser chamado: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Feminino Masculino

Estado civil _____

Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena Não declarada

Endereço: _____
 Telefones: _____ Pessoa de Referência: _____ Tel.: _____
 Unidade de saúde de Referência: _____ CNS: _____ Nº Prontuário: _____
 Data de entrega da Caderneta: ____/____/____ Responsável pela entrega: _____

2. AVALIAÇÃO CLÍNICA

Doenças prévias ou já diagnosticadas:
 Acidente Vascular cerebral Anemia Asma Diabetes Hipertensão arterial Doença arterial coronariana
 Insuficiência cardíaca Doença pulmonar obstrutiva crônica Úlcera gastrointestinal Epilepsia Depressão
 Ansiedade Incontinência Urinária Declínio cognitivo ou Demência Outras: _____

Mais de 2 internações no último ano: Sim Não Motivo 1ª _____ Motivo 2ª _____ Motivo 3ª _____
 Cirurgia (s) prévia (s): Sim Não Tipo: _____ Ano: _____

Dados antropométricos

| | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|
| | 20__ | 20__ | 20__ | 20__ | 20__ |
| Peso | | | | | |
| Altura | | | | | |
| IMC= peso/altura ² | | | | | |
| Perímetro da Panturrilha (PP) esquerda | | | | | |

Emagrecimento não intencional no último ano:
 Sim Não Quanto: _____ kg
 Glicemia Jejum _____
 Glicemia casual _____

Polifarmácia: uso concomitante de 5 ou mais medicamentos?

| | | | |
|----------|---|----------|---|
| DATA / / | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | DATA / / | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO |
| DATA / / | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | DATA / / | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO |
| DATA / / | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO | DATA / / | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO |

Presença de dor com duração igual ou superior à 3 meses?

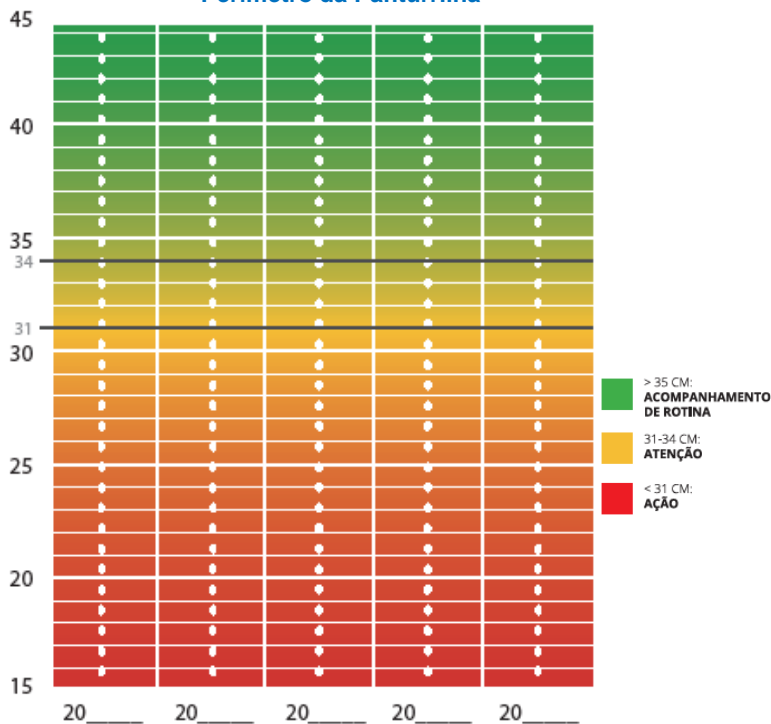
| DATA | LOCALIZAÇÃO DA DOR | INTENSIDADE (LEVE, MODERADA, INTENSA) | DATA | LOCALIZAÇÃO DA DOR | INTENSIDADE (LEVE, MODERADA, INTENSA) |
|------|--------------------|---------------------------------------|------|--------------------|---------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Avaliações odontológicas realizadas

| | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| / / | / / | / / | / / | / / |
|-----|-----|-----|-----|-----|

Hábitos de vida
 Fumante: Sim Não
 Faz uso de álcool: Sim Não
 Prática atividade física: Sim Não
 Atividades sociais ou algum tipo de lazer: Sim Não

Perímetro da Panturrilha



| Data da queda (mês/ano) | Qual foi o local da queda? | | A queda causou alguma fratura? | | Você parou de realizar alguma atividade por medo de cair novamente? | |
|-------------------------|----------------------------|--------------|--------------------------------|-----|---|-----|
| | Dentro de casa | Fora de casa | Sim/Qual? | Não | Sim | Não |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Deficiência: Sim Não
 Auditiva Visual Intelectual / Cognitiva
 Física Outra: _____

3. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

Sabe ler e escrever: Sim Não
 Escolaridade: Nenhuma De 1 a 3 anos De 4 a 7 anos 8 anos ou mais

Trabalha atualmente ou possui algum tipo de atividade remunerada: Sim Não
 Aposentado: Sim Não
 Recebe algum tipo de benefício: Sim Não Qual: _____

Suporte Familiar

- Mora só
 Mora com cônjuge
 Mora com familiares /parentes
 ILPI
 Outros: _____

Em caso de necessidade, conta com alguém para acompanhá-lo à UBS: Sim Não

Acesso a serviços:
 Acesso a transporte público: Sim Não
 Acesso fácil a supermercado, farmácia, padaria, etc.: Sim Não

Alteração de Cognição

(Questões dirigidas à pessoa idosa, familiar ou cuidador)

Alguém (família ou amigo) falou que você está ficando esquecido?
 Sim Não
 O esquecimento está piorando nos últimos meses? Sim Não
 O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? Sim Não

Alteração de Humor

(Questões dirigidas à pessoa idosa, familiar ou cuidador)

No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? Sim Não
 No último mês, você perdeu o interesse em atividades anteriormente prazerosas? Sim Não

4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL (VES-13)

| 1. Idade | | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
|--|--|---|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|----|
| 60 a 74 anos | 0 pontos | | | | | |
| 75 a 84 anos | 1 ponto | | | | | |
| ≥ 85 anos | 3 pontos | | | | | |
| 2. Auto percepção de saúde: | | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: | Excelente 0 pontos | | | | | |
| | Bom 0 pontos | | | | | |
| | Muito bom 0 pontos | | | | | |
| | Ruim 1 pontos | | | | | |
| | Regular 1 pontos | | | | | |
| 3. Limitação física | | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas: | | | | | | |
| Pontuação: As respostas "muita dificuldade" ou "incapaz de fazer" valem 1 ponto cada. Todavia, a pontuação máxima nesse tópico é de 2 pontos, ainda que a pessoa tenha marcado ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer" as 6 atividades listadas. | | | | | | |
| | A | B | C | D | E | |
| Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Chave de respostas: | | | | | | |
| A Nenhuma dificuldade | | B Pouca dificuldade | | C Média (alguma) dificuldade | | |
| D Muita dificuldade | | E Incapaz de fazer (não consegue fazer) | | | | |
| 4. Incapacidades | | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| Pontuação: As respostas positivas ("sim") valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima nesse tópico é de 4 pontos, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas. | | | | | | |
| Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim. | <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde. | | | | | |
| Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou pagar contas? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim. | <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde. | | | | | |
| Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim. | <input type="checkbox"/> Não ou não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde. | | | | | |
| Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim. | <input type="checkbox"/> Não ou não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde. | | | | | |
| Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim. | <input type="checkbox"/> Não ou não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde. | | | | | |

0 a 2 pontos: Acompanhamento de rotina
 ≥ 3 pontos: Atenção/ Ação

PONTUAÇÃO TOTAL

Classificação segundo Funcionalidade: Perfil 1 Perfil 2 Perfil 3

Perfil 1: Idosos que realizam suas atividades de forma independente e autônoma.
 Perfil 2: Idosos que realizam suas atividades de forma adaptada, modificada ou com o auxílio de terceiros.
 Perfil 3: Idosos totalmente dependentes de terceiros.