



AVALIAÇÃO BREVE DO IDOSO

NOME:

IDADE:

CARTÃO SUS:

DN:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

TELEFONE:

CENTRO DE SAÚDE:

ESPECIALIDADES:

COMORBIDADES:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------------|
| 1 - DEMÊNCIA LEVE OU MODERADA | 5 - COLESTEROL ALTO | 9 - DPOC | 13 - DEFICIÊNCIA AUDITIVA |
| 2 - PARKINSON | 6 - TIREOIDOPATIA | 10 - OSTEOARTROSE | 14 - DEFICIÊNCIA VISUAL |
| 3 - DEPRESSÃO | 7 - HIPERTENSÃO ARTERIAL | 11 - OSTEOPOROSE | 15 - TONTURA / VERTIGEM |
| 4 - AVE NOS ÚLTIMOS 12 MESES | 8 - DIABETES | 12 - NEOPLASIA | 16 - ARRITMIA CARDÍACA |
| | | | 17 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA |

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTO		
18 - NUTRIÇÃO	PERDA DE 4Kg NO ÚLTIMO ANO?	REFERE - SE PERDA DE PESO OU APRESENTA IMC ALTERADO NOS EXTREMOS (DESNUTRICÃO OU OBESIDADE). ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS/INVESTIGAR CAUSA		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">PESO ATUAL: _____ KG</td> <td style="width: 33%;">ALTURA: _____ CM</td> <td style="width: 33%;">IMC: _____</td> </tr> </table>		PESO ATUAL: _____ KG	ALTURA: _____ CM
PESO ATUAL: _____ KG	ALTURA: _____ CM	IMC: _____		
19 - VISÃO	DIFICULDADE PARA DIRIGIR, VER TV OU FAZER QUALQUER OUTRA AVD DEVIDO A PROBLEMAS VISUAIS?	SE HOUVER INCAPACIDADE DE LER ALÉM DE 20 / 40 NO CARTÃO JAEGER, ENCAMINHAR AO OFTALMOLOGISTA.		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">SE SIM, APLICAR CARTÃO DE JAEGER A 35 CM:</td> <td style="width: 33%;">OLHO DIREITO: _____</td> <td style="width: 33%;">OLHO ESQUERDO: _____</td> </tr> </table>		SE SIM, APLICAR CARTÃO DE JAEGER A 35 CM:	OLHO DIREITO: _____
SE SIM, APLICAR CARTÃO DE JAEGER A 35 CM:	OLHO DIREITO: _____	OLHO ESQUERDO: _____		
20 - AUDIÇÃO	APLICAR O TESTE DO SUSSURRO. SUSSURRAR "QUAL É O SEU NOME?" A 33CM DE DISTÂNCIA	NA AUSÊNCIA DE CERUME E CASO A PESSOA IDOSA NÃO RESPONDA AO TESTE, ENCAMINHAR AO OTORRINOLARINGOLOGISTA.		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">OUVIDO DIREITO: _____</td> <td style="width: 33%;">OUVIDO ESQUERDO: _____</td> <td style="width: 33%;">SE NÃO, VERIFICAR A PRESENÇA DE CERUME.</td> </tr> </table>		OUVIDO DIREITO: _____	OUVIDO ESQUERDO: _____
OUVIDO DIREITO: _____	OUVIDO ESQUERDO: _____	SE NÃO, VERIFICAR A PRESENÇA DE CERUME.		
21 - INCONTINÊNCIA	ÀS VEZES PERDE URINA OU FICA MOLHADO(A)?	PESQUISAR A CAUSA, SE POSITIVO		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ISSO PROVOCA ALGUM INCÔMODO OU EMBARAÇO?</td> <td style="width: 50%;">SE SIM, PERGUNTE: QUANTAS VEZES?</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DEFINIR QUANTIDADE E FREQUÊNCIA</td> </tr> </table>		ISSO PROVOCA ALGUM INCÔMODO OU EMBARAÇO?	SE SIM, PERGUNTE: QUANTAS VEZES?
ISSO PROVOCA ALGUM INCÔMODO OU EMBARAÇO?	SE SIM, PERGUNTE: QUANTAS VEZES?			
DEFINIR QUANTIDADE E FREQUÊNCIA				
22 - ATIVIDADE SEXUAL	TEM ALGUM PROBLEMA NA CAPACIDADE DE DESFRUTAR DO PRAZER NAS RELAÇÕES SEXUAIS?	SE SIM, FORNECER INFORMAÇÕES ESSENCIAIS SOBRE AS ALTERAÇÕES DE SEXUALIDADE. IDENTIFICAR PROBLEMAS FISIOLÓGICOS E/OU PSICOLÓGICOS RELACIONADOS.		
23 - HUMOR / DEPRESSÃO	SENTE - SE TRISTE OU DESANIMADO FREQUENTEMENTE?	SE SIM, ENCAMINHAR PARA A PSICOLOGIA		
24 - COGNIÇÃO / MEMÓRIA	SOLICITAR QUE REPITA O NOME DOS OBJETOS: MESA, MAÇA, DINHEIRO E APÓS 3 MINUTOS PEDIR QUE REPITA.	SE FOR INCAPAZ DE REPETIR OS 3 NOMES, SE NECESSÁRIO, APLIQUE O MEEM.		
25 - FORÇA DE MMSS	PROXIMAL: VER SE É CAPAZ DE TOCAR A NUCA COM AMBAS AS MÃOS _____	INCAPACIDADE DE REALIZAR O TESTE - FAZER O EXAME COMPLETO DOS MMSS. ATENÇÃO PARA DOR, FRAQUEZA MUSCULAR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS. CONSIDERAR A POSSIBILIDADE DA FISIOTERAPIA APÓS O TESTE.		
	DISTAL: VER SE A PESSOA IDOSA É CAPAZ DE PEGAR _____ _____ E COLOCÁ - LO DE VOLTA.			
26 - FORÇA MMII	SEM AUXÍLIO DAS MÃOS / DISPOSITIVOS É CAPAZ DE LEVANTAR DA CADEIRA _____, CAMINHAR 3M _____, VOLTAR A SENTAR _____. ATENÇÃO PARA DOR, AMPLITUDE DE MOVIMENTOS, EQUILÍBRIO E AVALIAÇÃO DA MARCHA.	INCAPACIDADE DE REALIZAR O TESTE - FAZER O EXAME COMPLETO DOS MMSS. ATENÇÃO PARA DOR, FRAQUEZA MUSCULAR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS. CONSIDERAR A POSSIBILIDADE DA FISIOTERAPIA APÓS O TESTE.		

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTO
27 - AVD's	SEM AUXÍLIO, É CAPAZ DE SAIR DA CAMA?	<p>NA PRESENÇA DE LIMITAÇÕES, INSTITUIR INTERVENÇÕES DE SAÚDE, SOCIAIS E AMBIENTAIS APROPRIADAS.</p> <p>APLICAR A ESCALA DE KATZ E ESCALA DE LAWTON SE NECESSÁRIO, ENCAMINHAR PARA TERAPIA OCUPACIONAL.</p>
	VESTIR-SE?	
	PREPARAR SUAS REFEIÇÕES?	
	FAZER COMPRAS?	
	SE NÃO, DETERMINAR RAZÕES DA INCAPACIDADE (COMPARAR LIMITAÇÃO FÍSICA COM MOTIVAÇÃO). SOLICITAR INFORMAÇÕES JUNTO AOS FAMILIARES.	
28 - DOMICÍLIO	NA SUA CASA HÁ ESCADAS?	<p>SIM PARA ESCADA OU TAPETE E NÃO PARA CORRIMÃO - AVALIAR A SEGURANÇA DOMICILIAR E INSTITUIR AVALIAÇÕES NECESSÁRIAS.</p>
	TAPETES SOLTOS?	
	CORRIMÃO NO BANHEIRO?	
29 - QUEDA	QUANTAS VEZES NO ÚLTIMO ANO?	ORIENTAR PREVENÇÃO.
30 - SUPORTE SOCIAL	ALGUÉM PODERIA AJUDÁ-LO CASO FIQUE DOENTE OU INCAPACITADO?	<p>IDENTIFICAR COM O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE OU EM VISITA DOMICILIAR, A FAMÍLIA / REDE DE PESSOAS QUE POSSA AUXILIÁ-LO.</p>
	QUEM PODERIA AJUDÁ-LO?	

ASPECTOS GERAIS

31 - NÚMERO DE INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO

32 - USO CONTÍNUO DE FÁRMACOS? QUAL? POSOLOGIA

33 - APRESENTA PROBLEMAS BUCAIS? QUAIS?

34 - FAZ USO DE PRÓTESE DENTÁRIA?

| | SIM | | NÃO

DATA AVALIAÇÃO			
RESULTADO			
CONDUTA			
AVALIADOR			