

FICHA ESPELHO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

1. IDENTIFICAÇÃO



Nome: _____

Nome Social: _____

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

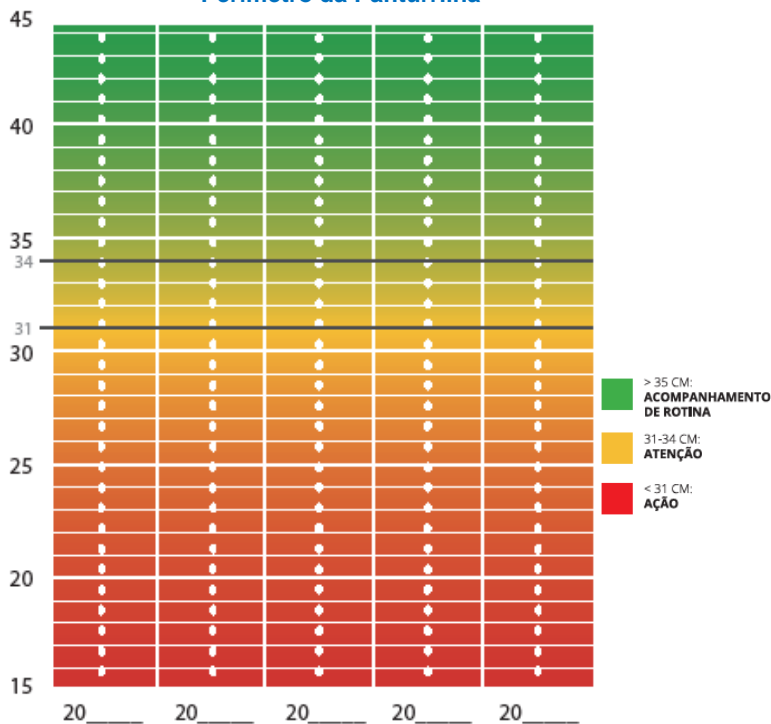
Fumante: Sim Não

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.