



**DADOS PESSOAIS**

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº DO CARTÃO SUS

NOME COMPLETO

NOME SOCIAL

DATA DE NASCIMENTO / / SEXO  MASCULINO  FEMININO

RAÇA / COR  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA / AVENIDA / PRAÇA

Nº  COMPLEMENTO  BAIRRO

PONTO DE REFERÊNCIA

CEP  MUNICÍPIO  ESTADO

TELEFONE  CELULAR  EMAIL

INFORMAÇÕES PESSOAIS

SITUAÇÃO FAMILIAR  Mora só  Com parentes  Outros. Especifique:

PESSOA DE REFERÊNCIA

NOME  TELEFONE

DATA DE ENTREGA DA CADERNETA / /

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?  SIM  NÃO

SE SIM, QUAL(IS)?  Auditiva  Intelectual/Cognitiva  Outra. Especifique:   
 Visual  Física

**CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE**

ESTÁ ACAMADO?  SIM  NÃO

ESTÁ DOMICILIADO?  SIM  NÃO

DIAGNÓSTICOS, INTERNAÇÕES E QUEDAS

DATA	DIAGNÓSTICO	INTERNAÇÃO (CAUSA)	QUEDA (CONSEQÜÊNCIAS, EX: FRATURA)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DATA DA AVALIAÇÃO	COGNIÇÃO (NORMAL OU ALTERADA)	HUMOR (NORMAL OU ALTERADO)	ESTÁ FUMANTE? (SIM OU NÃO)	FAZ USO DE ÁLCOOL? (SIM OU NÃO)	PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA? (SIM OU NÃO)

PRESENÇA DE DOR COM DURAÇÃO IGUAL OU SUPERIOR A 3 MESES?

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

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

AVALIAÇÕES ODONTOLÓGICAS REALIZADAS

--	--	--	--	--	--

## 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 pts					
	Muito bom   0 pts					
	Bom   0 pts					
	Regular   1 pt					
	Ruim   1 pt					

### 3) Limitação física:

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 neste item 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)	20__	20__	20__	20__	20__
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se?	○ ○ ○ ○ ○					
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5kg?	○ ○ ○ ○ ○					
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	○ ○ ○ ○ ○					
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	○ ○ ○ ○ ○					
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	○ ○ ○ ○ ○					
Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas?	○ ○ ○ ○ ○					

#### 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:

#### PONTUAÇÃO:

As respostas positivas ("sim") valem 4 pontos cada. Todavia, a **pontuação máxima neste tópico é de 4 pontos**, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas.

	20__	20__	20__	20__	20__
POR CAUSA DE SUA SAÚDE OU CONDIÇÃO FÍSICA, VOCÊ DEIXOU DE FAZER COMPRAS?  <input type="radio"/> Sim. <input type="radio"/> 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, GASTOS OU PAGAR CONTAS?  <input type="radio"/> Sim. <input type="radio"/> 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="radio"/> Sim. <input type="radio"/> 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="radio"/> Sim. <input type="radio"/> 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?  <input type="radio"/> Sim. <input type="radio"/> Não toma banho sozinho por outros motivos que não a saúde.					

	20__	20__	20__	20__	20__
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>					