

# FICHA ESPELHO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Prefeitura Municipal de Silva Jardim  
 Processo nº 2578  
 Rubrica Fls. 10

## 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 <sup>2</sup>					
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

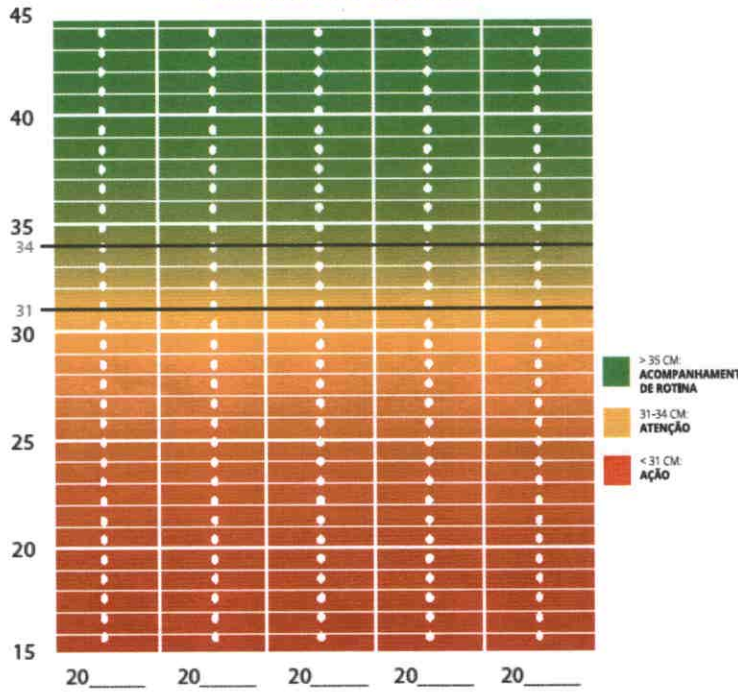
Fumante:  Sim  Não

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"/>	
<b>Chave de respostas:</b>						
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.