

Atenção Integral à Saúde do Idoso

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Instrumento de Avaliação Funcional

NOME: _____ **PRONT.** | _____ |

IDADE: _____ anos **GÊNERO:** Masc. Fem.

VISÃO: Você tem dificuldade para dirigir, ver TV, ler, ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas de visão? Sim Não
Se Sim: Aplicar o Cartão de Jaeger.
Olho Direito: |____| / |____| Olho Esquerdo: |____| / |____|

AUDIÇÃO: Aplicar Teste Whisper.
O paciente responde à pergunta? Ouvido D: Sim Não Ouvido E: Sim Não
Se Não, responder: Verificar presença de cerume: Ouvido D: Sim Não
Ouvido E: Sim Não

FUNÇÃO DOS MS SS:
Verificar se o paciente é capaz de executar:
PROXIMAL: Tocando a nuca com ambas as mãos. Sim Não
DISTAL: Apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.
 Sim para ambas Não

FUNÇÃO DOS MS Is: Verificar se o paciente é capaz de executar:
Levantar da cadeira Sim Não Caminhar 3,5m Sim Não
Voltar e sentar Sim Não

ESTADO MENTAL: Solicitar ao paciente que repita o nome dos objetos: MESA – MAÇÃ – DINHEIRO Após alguns minutos (até 3 min.) faça-o repetir. Repetiu os 3 nomes Sim Não*
*Se incapaz de repetir os três nomes, aplicar o Teste Mental para Demência. ESCORE _____ pontos

HUMOR: Você, frequentemente, se sente triste ou desanimado? Sim* Não
*Se Sim, aplicar Teste para Depressão. ESCORE _____ pontos

DOMICÍLIO: Sofreu queda em casa nos últimos 12 meses? Sim. Quantas vezes? |____|
 Não
Na sua casa tem: Escadas? Sim Não (nº) |____| Tapetes soltos? Sim Não
Corrimão no banheiro? Sim Não

ATIVIDADES DIÁRIAS: Sem auxílio, você é capaz de:
Sair da cama? Sim Não Vestir-se? Sim Não Preparar suas refeições? Sim Não Fazer compras? Sim Não

INCONTINÊNCIA: Você às vezes perde urina ou fica molhado? Sim* Não
*Se Sim, perguntar: Quantas vez(es) |____| por _____ DIA _____ SEMANA _____ MÊS
Isto provoca algum incômodo ou embarço? Sim Não

NUTRIÇÃO: Você perdeu mais que 4 Kg no último ano? Sim Não
Peso usual _____ Kg Altura _____ cm

SUPORTE SOCIAL: Alguém poderia ajudá-lo caso você fique doente ou incapacitado?
 Sim Não Quem poderia ajudá-lo?(Cite o grau de parentesco)

Quem seria capaz de tomar decisões de saúde por você caso não seja capaz de fazê-lo? (Cite o grau de parentesco)

DATA: ____ / ____ / ____

Fonte: LACHS et al. (1990); MOORE, SIU (1996).

