



**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
COORDENADORIA ESTADUAL DE ATENÇÃO AO IDOSO**

GAS /SAS/SES

PROTOCOLOS DE AVALIAÇÃO DOS CENTROS MAIS VIDA

O atendimento ao idoso frágil no Centro Mais Vida obedecerá ao fluxo de referenciamento e integrará os serviços da rede pública da macrorregião.

A equipe multiprofissional, ao receber o idoso referenciado da atenção primária, será responsável pela sua avaliação multidimensional, com vistas ao diagnóstico funcional, e a elaboração do plano de cuidados.

No Centro Mais Vida o idoso deverá ser avaliado pelo médico e enfermeiro e de acordo com necessidades será avaliado pelos demais profissionais da equipe multidisciplinar conforme fluxo e protocolos pré estabelecidos considerando que sendo a Assistência Farmacêutica umas das ações estratégicas do Pacto pela Vida .

ENCAMINHAMENTOS PARA OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

1. Avaliação pelo Nutricionista

1.1 Quando encaminhar

Desnutrição;

Disfagias (diferentes causas);

Úlceras de pressão;

Diabetes Mellitus;

Hipertensão arterial;

Obesidade;

Dislipidemias;

Idosos frágeis: imobilidade parcial ou total, acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal;

Idosos com as seguintes patologias: fratura de fêmur ou vertebral (osteoporose), parkinsonismo ou tremores, demência de Alzheimer e outras demências degenerativas.

1.2. Protocolo de avaliação nutricional

Data: ____/____/____

Horário da avaliação: Início: _____ Término: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome:					
Profissão:					
Aposentado: Sim () Não ()					
Idade:					
Data de Nascimento:					
Naturalidade:					
Estado:			País:		
Estado Civil:	Casado ()	Solteiro ()	Viúvo ()	Separado()	Outros ()
Cor:	Leucoderma ()	Feoderma ()	Melanoderma ()		
Escolaridade:					
Informante (se for o caso):					
Parentesco:					
Cuidador:					
Idade:					
Sexo:					

II. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL OBJETIVA

Anamnese e Exame Físico Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ (prótese, lesões): _____ Esôfago () Disfagia () Odinofagia () Pirose () Outros: _____ Estômago () Azia () Dispepsia () Outros: _____ Intestino (Número e Frequência de Evacuações): _____ Uso de medicamentos Cardiotônico () Anti- hipertensivo () Antiácido () Anticoagulante ()
--

III. AVALIAÇÃO DIETÉTICA

Recordatório Alimentar (24 horas)

vct: _____ kcal/dia cho: _____ g pro: _____ g lip: _____ g

% adequação: _____ cho: _____ % pro: _____ % lip: _____ %

A ingestão neste dia foi diferente das demais ? sim () não ()

Como foi? _____

IV. QUANTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA EM PORÇÕES

REFEIÇÃO/ HORÁRIO	ALIMENTO	QUANTIDADE MEDIDAS CASEIRAS	GRAMAS/ VOLUME	
Desjejum Horas:				
Colação Horas:				
Almoço Horas:				
Lanche Horas:				
Jantar Horas:				
Ceia Horas:				

Refeições	Cereais	Hortaliças	Frutas	Leite e derivados	Carnes	Leguminosas	Doces açúcares	Óleos
Colação								
Almoço								
Lanche								
Jantar								
Ceia								
Total								
Porções recomendadas	6	3	3	4	2	1	1	1

Observação sobre o hábito alimentar:

Diagnóstico Nutricional/ comentários:

Avaliação das Necessidades Nutricionais:

GEB (kcal): _____

GET (kcal): _____

Necessidade Protéica: _____

Prescrição Nutricional e observações:

Nutricionista Responsável

2. Avaliação pelo Fisioterapeuta

2.1. Diretrizes para encaminhamento ao fisioterapeuta

Perda funcional: desequilíbrio, quedas, fobia de queda, perda da independência, síndrome de imobilidade;

Causas neurológicas: Demências com comprometimento motor, Doença de Parkinson;

Causas cardiovasculares: HAS, Hipotensão ortostática, ICC, ICO, doença vascular periférica, síndrome de imobilidade;

Causas respiratórias DPOC, Pneumonias, TEP, descondicionalamento respiratório;

Causas geniturinárias: Incontinência urinária, rupturas perineais, fraqueza do assoalho pélvico, sexualidade;

Causas gastrintestinais: Incontinência fecal. Doença do refluxo esofágico;

Causas metabólicas: Diabetes mellitus

Causas osteomusculares e reumatológicas: Osteoporose, osteomalacia, osteoartrose, artrite reumatóide, polimialgia, fibromialgia, pós operatório de fraturas, tendinites, bursites, hérnia de disco.

Observar alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento com o objetivo principal de minimizar as consequências dessas alterações implementando condutas que irão garantir a melhoria da mobilidade favorecendo uma qualidade de vida satisfatória que é julgada pelo idoso mais pelo nível funcional e grau de independência do que pela presença de limitações específicas e isoladas como, por exemplo, dores articulares, seqüelas de AVE, etc.

Avaliar as principais alterações fisiológicas do envelhecimento que interferem na capacidade funcional e motora como:

Tecido Muscular;

Sistema Cardiorespiratório;

Propriocepção;

Degeneração das estruturas articulares: Componentes articulares e periarticulares tornam-se menos flexíveis:

Perda da massa óssea;

Sistema Nervoso Central e Periférico;

Alterações Sensoriais;

Visão

Equilíbrio e marcha:

O fisioterapeuta deverá desenvolver atividades que visem o controle postural do idosos que tem sido classicamente definido como a capacidade de atingir duas metas básicas: a orientação e o equilíbrio postural:

Orientação corporal

Equilíbrio

Capacidade funcional

Avaliação funcional do idoso e atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)

2.3 Avaliação pelo Fisioterapeuta

Data: ____ / ____ / ____

Horário da avaliação: Início: _____ Término: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome:					
Número de Registro:					
Sexo:					
Profissão:					
Aposentado: Sim () Não ()					
Idade:					
Data de Nascimento:					
Naturalidade:					
Estado:			País:		
Estado Civil:	Casado ()	Solteiro ()	Viúvo ()	Separado()	Outros ()
Cor:	Leucoderma ()	Feoderma ()	Melanoderma ()		
Escolaridade:					
Endereço:					
Telefone:					
Informante (se for o caso):					
Parentesco:					
Cuidador:					
Idade:					
Sexo:					

II. AVALIAÇÃO

Queixa Principal: _____

HMA: _____

HP: _____

Patologia Associada:

<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Obesidade
<input type="checkbox"/> I.U	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Outras

Medicação Atual: _____

Sinais Vitais:

PA: _____ mmhg	FC: _____ bcpm	FR: _____ irpm
----------------	----------------	----------------

Apresenta hipotensão postural? sim não

Ausulta Respiratória: _____

Inspeção Geral:

Edema ()	Cicatrizes ()	Úlceras ()
Hálux Valgo ()	Esporão de Calcânea ()	Alterações Tróficas da pele e anexos ()

Comunicação: _____

Estado Cognitivo: _____

Uso de Órtese / Prótese: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

ADM (Goniômetro de Plástico – CARCI): _____

Força Muscular:

Músculos	Critérios de classificação *												
	Normal (grau 5)		Bom (grau 4)		Regular (grau3)		Fraco (grau 2)		Esboço (grau1)		Nulo (grau 0)		
	MID	MIE	MID	MIE	MID	MIE	MID	MIE	MID	MIE	MID	MIE	
Flexores plantares													
Tibial anterior													
Quadríceps													
Abdutores do quadril													
Adutores do quadril													
Isquiotibiais													
Glúteos													
Paravertebrais													
Abdominais													

*Segundo escala de Kendall

Trofismo: _____

Tônus: _____

Mobilidade:

AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE		
Imobilidade completa (acamado)	() Sim	() Não
Subir escadas (5 degraus)	() Sim	() Não
Caminhar (marcha) :	() Sozinho	() Ajuda ocasional
	() Ajuda freqüente	() Muleta ou bengala
	() Andador	() Cadeira de rodas

O auxílio para marcha teve prescrição adequada pelo fisioterapeuta ?

() Sim () Não

Realizou o treinamento ?

() Sim () Não

Onde?

Sensibilidade:

a) Profunda (teste do artelho): _____

b) Superficial (tátil, térmica, dolorosa): _____

Transferências e Independência Funcional :**PERGUNTAS****RESPOSTAS:****SIM****NÃO**

01) Você consegue virar-se na cama sem ajuda?	()	()
02) Você consegue levantar-se da cadeira sem ajuda?	()	()
03) Você consegue vestir uma camisa sem ajuda?	()	()
04) Você consegue abotoar sua roupa sozinho?	()	()
05) Você consegue tomar banho sem ajuda?	()	()
06) Você anda fora de casa sozinho?	()	()
07) Você cai para frente quando anda?	()	()
08) Você já caiu para trás?	()	()

Equilíbrio:a) Alterações Visuais e Labirínticas:

Apresenta alterações visuais ou auditivas ? () Sim () Não

Faz uso de órtese visual e /ou auditiva ? () Sim () Não

Especifique o tipo : _____

Apresenta sintomas de tonturas ? () Sim () Não

Vertigens ? () Sim () Não

Zumbido ? () Sim () Não

b) História de Quedas :

Número de quedas no último ano: () 0 () 1 a 2 () mais de três

Descreva como aconteceu : _____

Tem medo de cair ? () Sim () Não

Está deprimido (a) ? () Sim () Não

Ansiedade ? () Sim () Não

TESTES

1) Teste timed get up and go :

- a) Sem alterações no equilíbrio (menos que 10 segundos) .
- b) Independência em transferências básicas (menos que 20 segundos) .
- c) Dependentes em muitas AVDS e na mobilidade (menos que 30 segundos) .

• Marcha:

Análise da marcha orientada pela performance

Componentes	Normal		Anormal	
Início da marcha (pedir ao paciente para caminhar em um corredor)	Inicia a caminhada imediatamente sem hesitação observável; o início da marcha é único e suave.	()	Hesita; realiza múltiplas tentativas; a iniciação da marcha não é um movimento suave.	()
Altura do passo (iniciar observando após alguns passos: observar um pé, depois o outro, observar de lado).	Oscila o pé completamente, mas não mais que 1 a 2 polegadas.	()	O pé de oscilação não é completamente elevado do chão ou é elevado acima de 1 ou 2 polegadas.	()
Comprimento do passo (observar a distância entre os dedos do pé de apoio e o calcanhar do pé de oscilação: não considerar os primeiros e os últimos passos)	Mínimo do comprimento do pé do indivíduo entre os dedos do pé de suporte e o calcanhar do pé de oscilação.	()	Comprimento do passo menor que o descrito para o normal.	()
Estabilidade de tronco (observar por trás: movimento de um lado para outro do tronco pode ser um padrão para a marcha e precisa ser diferenciado da instabilidade)	O tronco não oscila, joelhos e tronco não estão fletidos; braços não estão abduzidos num esforço para manter estabilidade.	()	Algumas das características anteriores presente.	()

2) Teste da marcha Tandem (estabilidade dinâmica):

- a) Performance boa (+ de 10 passos) .
- b) Sentimento de medo ou insegurança (dar de 2 a 10 passos) .
- c) Performance fraca (- de 2 passos).

3) Teste de Nudge (estabilidade estática).

- a) Alterações graves (+ de 4 passos para trás ou ajuda para não cair) .
- b) Alterações moderadas (de 2 a 4 passos para trás) .
- c) Sem alterações (- de 2 passos para trás).

Avaliação Postural:

Quadro de Avaliação Morfotipológica

Seguimento corporal	Fechamento (cadeia anterior)	Abertura (cadeia posterior)
Cabeça	Anteriorização ()	Posteriorização ()
Cervical	Retificação ()	Hiperlordose ()
Ombro	Protrusão e RI ()	Elevação escápulas ()
Coluna torácica	Cifose e lordose diafragmática ()	Retificação ()
Coluna lombar	Hiperlordose ()	Hiperlordose () retificação ()

Pelve	Pelve Anteversão ()	Retroversão ()
Joelho	Valgismo ()	Varismo/ varo com hiperextensão ()
Tornozelos	Valgismo retropé Pé plano ()	Varismo retropé Pé cavo ()

AVDS:

Legenda: 0- Dependente.

1- Necessita de algum auxílio, mas realiza algumas atividades sozinho.

2- Independente

- a) Banhar-se 0 1 2
- b) Vestir-se 0 1 2
- c) Usar o banheiro 0 1 2
- d) Transferência 0 1 2
- e) Controle do esfíncter 0 1 2
- f) Alimentar-se 0 1 2

Exames Complementares:

Plano de Tratamento Fisioterápico:

Fisioterapeuta Responsável / Carimbo

3. Avaliação pelo Assistente Social

3.1.Quando encaminhado ao assistente social

Quando o idoso apresentar um conjunto de problemas, necessidades, interesses e dificuldades que se expressam em nível microssocial, atingindo-o;

Necessitar assistência à situação-problema;

Necessitar ajuda em problemas sociais, promover a reabilitação e a reinserção social ;

Necessitar de encaminhamentos que favoreçam o tratamento da pessoa idosa, direcionando da melhor forma ;

Educar o idoso sobre seus direitos. Fazer valer o estatuto do idoso ;

Auxiliar o idoso em situações de risco, auxiliar o encaminhamento para especialidades médicas, reabilitação, aquisição de medicamentos ;

Auxiliar na liberação de recursos disponíveis para idosos, junto às prefeituras, como para tratamento fora de seu domicílio.Auxiliar a aquisição de benefícios de previdência privada, como aposentadoria, auxílio doença.

3.2.Avaliação do Assistente Social

Data: ____ / ____ / ____

Horário da avaliação: Início: _____ Término: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome:					
Número de Registro:					
Sexo:					
Profissão:					
Aposentado: Sim () Não ()					
Idade:					
Data de Nascimento:					
Naturalidade:					
Estado:			País:		
Estado Civil:	Casado ()	Solteiro ()	Viúvo ()	Separado ()	Outros ()
Cor:	Leucoderma ()	Feoderma ()	Melanoderma ()		
Escolaridade:					
Endereço:					
Telefone:					
Informante (se for o caso):					
Parentesco:					
Cuidador:					
Idade:					
Sexo:					

II- CONSTITUIÇÃO FAMILIAR (pessoas que residem na mesma casa)

Nome	Data de nascimento	Parentesco	Escolaridade	Renda /Ocupação

Despesas fixas mês:

Aluguel: _____ /Água _____ Energia Elétrica _____

Medicamentos: _____ / Alimentação _____ Outros _____

Total: _____

- Participação em programas ou recebimento de benefício assistencial Sim Quem:

Qual:

 PETI Agente Jovem Bolsa Família: Valor _____

Cumpre as condicionalidades de:

educação: Sim Nãosaúde : Sim Não Benefício de Prestação Continuada/BPC Outros _____ Não, nunca participou Participou, no entanto, parou de receber? Motivo: Outros:

V- OPÇÕES DE LAZER

Realiza atividades (jogos, passeios, cinema, refeições etc)

Qual a frequência?

Conta com alguém para realizar estas atividades? Quem?

VI – DADOS DO CUIDADOR

Nome:

Vínculo:

Idade:

Grau de Instrução

Telefone:

VII- AVALIAÇÃO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL, DOS RECURSOS DISPONÍVEIS E NECESSIDADES DE SUPORTE**IDENTIFICAÇÃO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL, DOS RECURSOS DISPONÍVEIS:**

a) Humanos e Sociais

família ILP

Possui cuidador

Outros familiares com os quais não resida

Vizinhos

CRAS (Centro de Referência de Assistência Social)

PSF Igreja

Pastoral da Pessoa Idosa

Grupo de Terceira Idade

Associação de Bairro com projetos para público idoso

ONG's Outros

b) Materiais

Aposentadoria,

Pensão,

BPC,

Auxílio de Terceiros.

Moradia própria

Outros bens

VIII - NECESSIDADES DE SUPORTE :

a) Humanos e Sociais:

b) Materiais

IX-RELATÓRIO SOCIAL:

Assistente Social Responsável / Carimbo

4. Terapeuta Ocupacional

4.1. Critérios para o encaminhamento ao atendimento pelo Terapeuta Ocupacional:

- Presença de qualquer tipo de déficit funcional;
- Presença de déficit motor que comprometa o desempenho das atividades de laborativas, domésticas e/ou outras;
- Presença de déficit cognitivo;
- Presença de quadro psiquiátrico;
- Apresente necessidade de adaptação ambiental;
- Apresente necessidade de confecção de adaptação para auxiliar o desempenho das atividades de vida diária e/ou atividades instrumentais da vida diária;
- Apresente doença progressiva incapacitante;
- Apresente deficiência auditiva e/ou visual que comprometa as habilidades funcionais.

4.2. Protocolo de avaliação do Terapeuta Ocupacional

Data: ____ / ____ / ____

Horário da avaliação: Início: _____ Término: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome:					
Número de Registro:					
Sexo:					
Profissão:					
Aposentado: Sim () Não ()					
Idade:					
Data de Nascimento:					
Naturalidade:					
Estado:			País:		
Estado Civil:	Casado ()	Solteiro ()	Viúvo ()	Separado ()	Outros ()
Cor:	Leucoderma ()	Feoderma ()	Melanoderma ()		
Escolaridade:					
Endereço:					
Telefone:					
Informante (se for o caso):					
Parentesco:					
Cuidador:					
Idade:					
Sexo:					

Queixa Principal:

História Clínica

História da Moléstia Progressa: _____

História da Moléstia Atual: _____

Medicamentos em uso:

História familiar e social

Número de filhos

Com quem reside:

Religião: _____

História Ocupacional

Escolaridade: _____

Trabalho: _____

Rotina: _____

Atividades de lazer:

Leitura Televisão Música Jogos Trabalhos Manuais

Atividades expressivas Passear Outras: _____

Atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária

Alimentação:

Independente semidependente dependente

Higiene pessoal

Escovar os dentes:

Independente semidependente dependente

Pentear cabelo:

Independente semidependente dependente

Lavar o rosto/mãos:

Independente semidependente dependente

Fazer a barba:

Independente semidependente dependente

Usar o sanitário:

Independente semidependente dependente

Cortar as unhas:

Independente semidependente dependente

Controle vesical:

Independente semidependente dependente

Controle esfíncteriano:

Independente semidependente dependente

Vestuário

MMSS:

Independente semidependente dependente

MMII:

Independente semidependente dependente

Meias:

Independente semidependente dependente

Calçados:

Independente semidependente dependente

Abotoar:

Independente semidependente dependente

Pegar/guardar roupa no armário:

Independente semidependente dependente

Mudanças de decúbito

Deitado para sentado:

Independente semidependente dependente

Sentado para deitado:

Independente semidependente dependente

Sentado para de pé:

Independente semidependente dependente

Transferências:

Cadeira para cama:

Independente semidependente dependente

Cama para cadeira:

Independente semidependente dependente

Locomoção em casa:

Independente semidependente dependente

Locomoção em ambientes externos:

Independente semidependente dependente

Mobilidade

Deambulação sem apoio Cadeira de rodas
 Auxílio de terceiros
 Bengala Andador Outro: _____

Tarefas domésticas

Varrer Lavar Passar Preparar comida Fazer compras
 Arrumar a casa Outras: _____

Exame físico

Pele:

íntegra com feridas com ceratose
 outros _____

Musculatura:

eutrófica hipotrófica hipertrófica atrófica

Padrão postural:

Funcional patológico: _____

Dominância:

Destro Canhoto

Nos itens abaixo quando houver limitação, completar se a limitação compromete a funcionalidade: (0) não compromete, (1) parcialmente ou (2) totalmente.

ADM

Ombro: Preservada Limitada ()

Cotovelo: Preservada Limitada ()

Prono/Supinação: Preservada Limitada ()

Punho: Preservada Limitada ()

Dedos: Preservada Limitada ()

Força Muscular

Ombro: Preservada Limitada ()

Cotovelo: Preservada Limitada ()

Punho: Preservada Limitada ()

Dedos: Preservada Limitada ()

Preensão

Manipulativa: Preservada Limitada ()

Não-manipulativa: Preservada Limitada ()

Sensibilidade

Tátil: Profunda : Preservada Limitada ()

Superficial: Preservada Limitada ()

Proprioceptiva: Preservada Limitada ()

Estereognósica: Preservada Limitada ()

Equilíbrio de tronco

Estático: Preservado Limitado ()

Dinâmico: Preservado Limitado ()

Função de MMSS: Preservada Limitada ()

Alcance: Preservada Limitada ()

Alterações

Tremor Edema Rigidez Bradicinesia Tônus

OBS: _____

Quadro algico:

ausente presente _____

Funções cognitivas e psíquicas

Orientação temporal: Preservada Limitada ()

Orientação espacial: Preservada Limitada ()

Compreensão: Preservada Limitada ()

Atenção: Preservada Limitada ()

Resolução de problemas: Preservada Limitada ()

Comunicação: Preservada Limitada ()

Memória anterógrada: Preservada Limitada ()

Memória retrógrada: Preservada Limitada ()

Humor: Preservada Limitada ()

Abstração: Preservada Limitada ()

Sono: _____

OBS: _____

Ambiente: _____

Adaptações e órteses

Óculos Aparelho auditivo Dentadura utensílios
 Outros: _____

Diagnóstico terapêutico ocupacional

Plano de Cuidado

Encaminhamentos:

Terapeuta Ocupacional responsável e Carimbo

5. Farmacêutico

Protocolo Farmacoterapêutico para Avaliação Do Idoso Frágil No Centro Mais Vida

Considerando-se as alterações fisiológicas normais do envelhecimento, as múltiplas patologias e o idoso como maior usuário de medicamentos, à elaboração de um Protocolo Farmacoterapêutico para monitoramento do idoso frágil no Centro Mais vida assume particular importância. O acompanhamento pelo farmacêutico, que deverá assumir a responsabilidade direta na colaboração, com outros profissionais da equipe, para alcançar o resultado desejado que deva ter como principal foco a detecção de iatrogenia causada por medicamentos será uma ferramenta fundamental para a promoção do uso correto dos medicamentos, portanto, a abordagem educativa também será de grande importância o que possibilitará a ação colaborativa entre os profissionais, favorecendo o esclarecimento de dúvidas.

Objetivo

Desenvolver um estreitamento na relação farmacêutico - idoso - equipe multidisciplinar oferecendo subsídios para a compreensão das principais alterações farmacológicas do idoso e peculiaridades terapêuticas.

5.1. Critérios para o encaminhamento ao atendimento pelo Farmacêutico

Cada profissional da equipe multidisciplinar deverá detectar alterações, sinais, sintomas relacionados ao medicamento ou como um impeditivo ao seu uso, administração e/ou outros em conformidade com sua área de atuação;

Necessidade de acompanhamento farmacoterapêutico do paciente idoso como uma etapa fundamental para a promoção do uso correto dos medicamentos;

Abordagem educativa o que possibilitará a ação colaborativa entre os profissionais, favorecendo o esclarecimento de dúvidas;

Observar os erros mais comuns na utilização de medicamentos como os de prescrição, dispensação e administração. Daí a importância do entrosamento adequado dos profissionais das equipes ligados diretamente a essas etapas da farmacoterapia como o médico, farmacêuticos e demais profissionais das equipes;

Observar as prescrições com múltiplas drogas, nessa faixa etária, seja pela presença de várias doenças, seja por despreparo dos profissionais que prescrevem, orientando sobre um esquema terapêutico racional o que poderá evitar a ocorrência de polifarmácia e a iatrogenia.

Distinguir um maior número de fatores de risco relacionados a prescrição, guarda/acondicionamento doméstico, administração, cascata iatrogênica, uso do medicamento para poder atuar.

5.2. Protocolo de avaliação pelo Farmacêutico

Data: ____ / ____ / ____

Horário da avaliação: Início: _____ Término: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome:					
Número de Registro:					
Sexo:					
Profissão:					
Aposentado: Sim () Não ()					
Idade:					
Data de Nascimento:					
Naturalidade:					
Estado:			País:		
Estado Civil:	Casado ()	Solteiro ()	Viúvo ()	Separado ()	Outros ()
Cor:	Leucoderma ()	Feoderma ()	Melanoderma ()		
Escolaridade:					
Endereço:					
Telefone:					
Informante (se for o caso):					
Parentesco:					
Cuidador:					
Idade:					
Sexo:					

Avaliação da prescrição.

Prescrição legível:

Médico () Outro profissional ()

Nº de medicamentos prescritos/ polifarmácia ()

Possíveis interações observadas: Sim () Não ()

Reações adversas significativas: Sim () Não ()

Quando um idoso apresenta sinais de efeitos colaterais devido ao uso de algum medicamento foi observado a prescrição de outro para melhorar esses sintomas ?

Sim () Não ()

Observar se antes da prescrição foram tentadas medidas não farmacológicas.

Sim () Não ()

Observar se a prescrição foi iniciada por doses mais baixas (habitualmente os idosos respondem muito bem a doses consideradas subterapêuticas para o adulto).

Sim () Não ()

Dose e drogas inadequadas:

Sim () Não ()

Reações idiossincrásicas:

Sim () Não ()

Prescrição ininteligível:

Sim () Não ()

Observou prescrições desnecessárias;

Sim () Não ()

Avaliação do idoso quanto ao uso racional/irracional guarda, outros:

Usa medicamento vencido:

Sim () Não ()

Guarda medicamento no banheiro ou em outro local úmido:

Sim () Não ()

Usa medicamentos não prescritos pelo médico:

Sim () Não ()

Usa medicamento para dormir:

Sim () Não ()

Usa algum medicamento por muitos anos:

Sim () Não ()

Quando adquiri o medicamento na farmácia do posto recebe alguma orientação de uso:

Sim () Não ()

Procura tomar os medicamentos conforme indicado na prescrição: Sim () Não ()

Nº de medicamentos que está utilizando: _____

Quais: _____

Guarda medicamento em local não protegido da luz:

sim () não ()

Tomam outros que não foram prescritos pelo médico?

Caso afirmativo; _____ Quem indicou? Balconista da farmácia () vizinho ()
Automedicação () Outros ()

Você tem conhecimento quanto ao seu tratamento
sim () não ()

Você tem ajudante ou auxiliar na hora de tomar a medicação:
sim () não ()

Avaliação do idoso que sofreu quedas (Investigar se está utilizando algum medicamento que precipitou a queda)

Ocorreu alguma queda:

() sim () não

Se houve queda ocorreu fratura:

() sim () não

Outro tipo de acometimento devido à queda:

() sim () não

Ao iniciar o uso de algum medicamento tem sentindo tonturas:
sim () não ()

Estava em uso de algum benzodiazepínicos:

sim () não ()

Nome do benzodiazepínicos _____

RELATÓRIO

Farmacêutico/ carimbo

6. Fonoaudiólogo

6.1. Critérios para o encaminhamento ao atendimento pelo Fonoaudiólogo

Transtornos da comunicação e audição;

Transtornos da deglutição. Queixas mais freqüentes: sensação de alimento parado na garganta, necessidade de engolir várias vezes, tosse e engasgos com alimentos e saliva.

Desordens Neurológicas: AVC, lesões expansivas, esclerose múltipla; Doença de Parkinson, Doença de Huntington; Desordens musculares; Miopatias, polimiosite, Síndrome de Sjögren;

Desordens metabólicas: Tireotoxicose, Amiloidose, Doença de Cushing, Doença de Wilson, Medicamentos: anticolinérgicos, fenotiazinas;

Doenças infecciosas: Difteria, Botulismo, Sífilis, Estomatites (Herpética, Monilíase);

Tumores orofaríngeos, alterações pós-cirúrgicas ou pós-irradiação

Desordens de Motilidade: Disfunção esfíncteriana esofágica superior

Transtornos da fala: Disartrias, apraxias orais, Doenças neurológicas: Parkinson, AVC, quadros demenciais.

Voz: fisiologia do envelhecimento (presbifonia), disfonia, microfonia, soprosidade, tensão, tremor, quebra da sonoridade.

Transtornos da linguagem: Afasia, dificuldades construcionais, dificuldades de encontrar palavras e nomear objetos.

6.2. Protocolo de avaliação pelo Fonoaudiólogo

Data: ____ / ____ / ____

Horário da avaliação: Início: _____ Término: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome:					
Número de Registro:					
Sexo:					
Profissão:					
Aposentado: Sim () Não ()					
Idade:					
Data de Nascimento:					
Naturalidade:					
Estado:			País:		
Estado Civil:	Casado ()	Solteiro ()	Viúvo ()	Separado ()	Outros ()
Cor:	Leucoderma ()	Feoderma ()	Melanoderma ()		
Escolaridade:					
Endereço:					
Telefone:					
Informante (se for o caso):					
Parentesco:					
Cuidador:					
Idade:					
Sexo:					

1. Queixa:

2. HISTÓRIA DO PROBLEMA ATUAL (quando e como):

3. História patológica pregressa

4.História social e familiar

5.HISTÓRIA ALIMENTAR - via, tipo, tempo, utensílios, quantidade, preferências alimentares anteriores, manifestações, higienização .

Peso anterior: _____

Peso atual: _____

6.MEDICAÇÃO ATUAL:

7.TERAPIA ANTERIOR (local, data, procedimento):

8.Distúrbios de voz / audição / linguagem / capacidade comunicativa / distúrbios cognitivos

Triagem Auditiva

Deficiência Auditiva: Sim () Não ()

Uso de Prótese Auditiva: Sim () Não ()

Discriminação Auditiva: _____

Audiometria: _____

Triagem do desempenho articulatório

Dificuldade Articulatória: _____

Coordenação fono-articulatória: _____

Ritmo: _____ Melodia: _____ Entonação: _____

Leitura: _____

Apraxia: _____

OBS: _____

Avaliação Fonoaudiológica do Sistema Motor oral

Avaliação Estrutural

1. Postura (controle cervical)

2. Inspeção facial (expressão/ assimetria/ anomalias)

3. Estruturas estomatognáticas

a) Lábios: _____

b) Dentes: _____

c) Língua: _____

d) Mandíbula / ATM: _____

e) Gengivas / mucosas orais: _____

f) Palato mole: _____

g) Laringe / elevação: _____

h) Pregas vocais (/i/, /s/ e /z/): _____

4. Reflexos orais

5. Sensibilidade: _____

6. Facial: _____

7. Intra-oral: _____

8. Gustação: _____

Obs: _____

Avaliação Funcional**RESPIRAÇÃO**

Predominância	Nasal	Oral	Oronasal
ESPELHO DE GLATZEL			
Ao chegar	ambas narinas com a mesma saída de ar	mais à direita	mais à esquerda
Após assoar	ambas narinas com a mesma saída de ar	mais à direita	mais à esquerda

MASTIGAÇÃO

1ª Prova – mastigação: Solicitar que coma pão francês de modo habitual e observar como mastiga.

CARACTERÍSTICA	NÃO	SIM	
De boca aberta			
Com amassamento da língua			
Mais de um lado do que do outro		D	E
Muito rápido			
Muito devagar			
Utiliza os dedos para juntar o alimento			
Faz ruído na mastigação			

Perguntar ao paciente se foi fácil ou difícil mastigar, qual lado tem preferência e se ele notou alguma dificuldade.

DEGLUTIÇÃO

1ª Prova – deglutição: Solicitar que mastigue de forma habitual e observar a deglutição.

Característica	Não	Não observável	Sim
Normal			
Com projeção de língua anterior			
Com contração de peri orbicular			
Com contração de mental			
Com movimento de cabeça			
Com ruído			
Com boca aberta			
Com dificuldade			
Com engasgos			
Com interposição de lábio inferior			
Sobrou alimento após deglutir			
Apresentou tosse após deglutir			

OBS:

FALA: Normal _____ Alterada _____

DURANTE TODA A FALA OBSERVAR

		NÃO	SIM
Presença de baba			
Excesso de salivação			
Acúmulo de saliva nas comissuras			
Articulação muito trancada			
Movimentos exagerados de mandíbula			
Movimentos exagerados de lábios			
A língua fica em baixo na maior parte do tempo			
Fala muito baixo			
Fala muito alto			
Fala muito rápido			
Fala muito devagar			
Tem problemas de voz			
Desvio de mandíbula	não frente	direita	esquerda
Caso haja alteração de fala parece ser de origem		fonológica	fonética
Se fonética é de origem		neurológica	músculo-esquelatal

Observar a fala e classificar as alterações e m:

Omissões	Substituições	Distorções	Imprecisões

Local das alterações encontradas:

Nas seguintes estruturas	língua	lábios	bochechas	palato duro	palato mole
	frênulo língua	frênulo lábio	nariz	dentes	oclusão
No tónus	masseter	temporal	supra-hióideo	bucinador	língua
	orbicular	mentual	Outros		
Nas funções de	sucção	mastigação	deglutição	respiração	fala
	voz	escrita	leitura	aprendizagem	lggm oral

Outras alterações:

Avaliação de Afasia

1- Avaliação da fala espontânea: (Contar algum fato)

- a) Velocidade de fala: () Normal () Lenta () Rápida
b) Esforço para falar: () Produção normal () Notável
c) Articulação: () Normal () Disártrica Outra:
1. Comprimento da Frase: () normal: 5-8 palavras () Curta: 1-2 palavras
2. Prosódia (ritmo): () Normal () Disprosódia
3. Parafasias (substitui palavras): () Presente () Ausente
4. Neologismos (cria palavras novas): () Presente () Ausente
5. Ecolalia (repetição do discurso): () Presente () Ausente

Obs.

2- Fala Automática:

- Bom dia!
- Tudo bem?
- Você bebe café com?
- A gente passa manteiga no?
- Os meses do ano são: Janeiro, fevereiro, março
- Os dias da semana são: Segunda feira, terça feira, quarta -feira

3- Compreensão verbal auditiva

- O que as pessoas usam na cabeça? () sapato () meia () camisa () chapéu
- Como se chama uma criança pequena? () cordeiro () bebê () pônei () gatinho
- Em que mês é o natal? () dezembro () junho () abril () outubro

4- Repetição

Vogais:

e _____ i _____ o _____ a _____ u _____

Ditongos

Ei _____ oi _____ ie _____ ou _____ ia _____ uai _____

Sílabas

Ba _____ me _____ to _____ ni _____ ca _____ lu _____

Palavras:

Olho
Palhaço
Tamborim
São Francisco de Assis
Nariz
Porém
Doce-de-leite
Mesa
Janela
Entretanto

Trinta e sete

Frases:

O dia está lindo!

Hoje estou me sentindo bem

Esta consulta vai ser muito boa

Quando acabar este tratamento vou para minha casa?

Obs.:

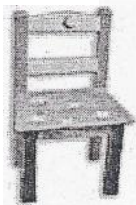
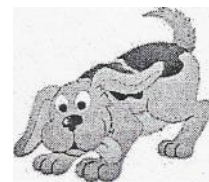
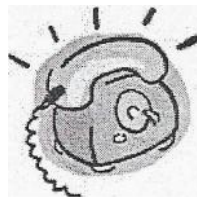
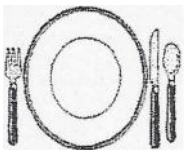
5- Encontros de palavras (nomeação)

d) Consegue nomear: (objetos concretos): () S () N

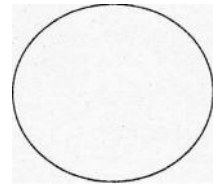
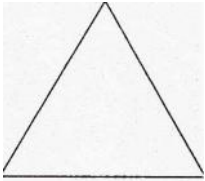


6 - Reconhecimento auditivo de palavras:

- Figuras de objetos:



- Formas geométricas:



- Números:

1, 2, 3, 4.....

- Letras:

D _____ Z _____ B _____ V

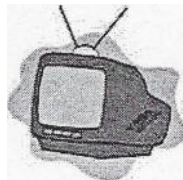
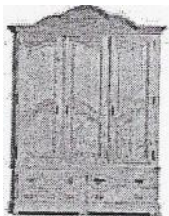
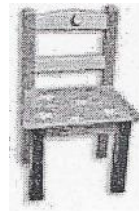
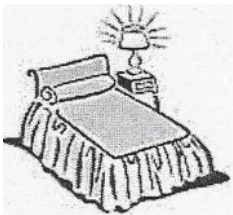
F _____ T _____ P _____ G

- Cores:

Azul _____ **Vermelho** _____ **Preto** _____ **Amarelo** _____ **Verde** _____

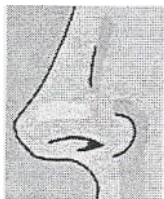
OBS:

Elementos do espaço concreto:



Obs:

- Partes do corpo:



7 - Leitura

Texto 1:

"Paulo trabalhou durante toda manhã. Depois do almoço tava bem cansado. Quando Luís pediu à Paulo para irem jogar bola, ele respondeu: "estou tão cansado que não agüento jogar".

e) Quem estava cansado? Paulo Luis Flávio João

f) O que Luís queria jogar? cartas tênis bola boliche

Texto 2:

"Ricardo ganhou um anzol para pescar. Seu pai levou -o para pescar num lago atrás da casa de seu avô. Ricardo foi o primeiro a sentir a mordida do peixe. Houve um forte puxão na linha. Ele tentou tirar, o peixe da água, mas estava tão difícil que seu pai teve que ajudar. Ele ficou muito feliz quando viu o peixe na grama, à margem do lago".

• Onde foi Ricardo?

na casa do seu avô pescar com seu pai tom ar banho pescar na praia

7. Psicólogo

7.1. Diretrizes para encaminhamento para avaliação pelo Psicólogo

Necessidade de avaliar o estado mental, funcional, emocional e comportamental do idoso, dentro de seus contextos culturais, biopsicossociais.

Avaliação da personalidade.

Avaliação do contexto familiar, do cuidador, das relações sociais e de lazer da pessoa idosa.

Avaliar os desejos do idoso, suas tristezas, angústias, preocupações .

Avaliação neuropsicológica.

Indicações de encaminhamentos .

Depressão, ansiedade, luto (perda de cônjuge, amigos, parentes próximos).
Situações de estresse, perdas (materiais, de animais de estimação, perda de status social), aposentadoria, problemas, preocupações.

Dependência química.

Alcoolismo.

Síndromes dolorosas.

Neoplasias.

Condições crônico degenerativas: doença de Parkinson, demências, seqüelas de AVC, esclerose múltipla, doenças osteomusculares...

Necessidade de avaliação neuropsicológica.

Tanatologia.

7.2. Protocolo de avaliação pelo Psicólogo

Data: ____ / ____ / ____

Horário da avaliação: Início: _____ Término: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome:					
Número de Registro:					
Sexo:					
Profissão:					
Aposentado: Sim () Não ()					
Idade:					
Data de Nascimento:					
Naturalidade:					
Estado:			País:		
Estado Civil:	Casado ()	Solteiro ()	Viúvo ()	Separado ()	Outros ()
Cor:	Leucoderma ()	Feoderma ()	Melanoderma ()		
Escolaridade:					
Endereço:					
Telefone:					
Informante (se for o caso):					
Parentesco:					
Cuidador:					
Idade:					
Sexo:					

Composição Familiar

Quantos filhos? Netos?
Com quem reside (membros da família, parentesco)?

Cuidador:

Perfil do ambiente/relacionamento familiar:

História atual e pregressa

(queixa atual, doenças, tratamentos, cirurgias, vícios, quedas, sintomatologia, imunização, uso de medicamentos, perfil fisiológico, psicológico, sócio -cultural – lazer, espiritualidade, ocupação do tempo; perfil nutricional)

Histórico de saúde

Bebida: () sim () não

Fumante: () sim () não

Violência doméstica?

Portador de doença crônica (faz controle médico)?

Alguém acompanha em consultas médicas? () sim () não

Faz uso de algum medicamento (quem busca, toma sozinho)?

Internações (periodicidade):

Vida Social

Atividade física () Sim () Não () Qual?

Faz alguma atividade manual?

Ciclo de amizades e contatos (vizinhos, etc)

Isolamento social? (violência doméstica, incontinência urinária, depressão, etc.)

Relacionamento afetivo:

Tem parceiro fixo: () sim () não

Relacionamento do casal:

Relacionamento dos familiares com o parceiro:

Sexualidade (disfunções ou inadequações sexuais):

Vida Profissional e/ou atividades ocupacionais

Ocupação anterior e atual:

Freqüenta algum Grupo de Convivência?

Controle Financeiro

Quem faz o controle do dinheiro do idoso?

Fez algum empréstimo para familiares?

Exame Psíquico

Avaliação da Consciência e Atenção :

Delírios:

Verbalização :

Avaliação da Emoção e Afeto

- Expressão Facial:

- Postura Corporal:

- Tom de Voz e Ritmo da Fala:

Avaliação psicomotora e comportamento :

Avaliação do Sensopercepção:

Orientação Espaço-Temporal:

Memória :

Pensamento e Linguagem:

Humor:

Observações Finais:

Psicólogo/ carimbo

Janeiro/2009