

IDENTIFICAÇÃO		
Nome social:	Data da avaliação: ____/____/____	
Nome civil:	CPF/CNS:	
Raça/cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de nascimento: ____/____/____

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	Você perdeu mais de 4kg no último ano, sem razão específica? Peso atual: _____ kg • Altura: _____ cm • IMC = _____	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para avaliação nutricional detalhada.
VISÃO	Você tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho direito: _____ • Olho esquerdo: _____	Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista.
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro. A pessoa idosa responde à pergunta feita? Ouvido direito: _____ • Ouvido esquerdo: _____ Se não, verificar a presença de cerume. Ouvido direito: _____ • Ouvido esquerdo: _____	Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.
INCONTINÊNCIA	Você, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim — Se sim, quantas vezes? _____ Qual é a quantidade? <input type="checkbox"/> Escape <input type="checkbox"/> Grande quantidade Isso provoca algum incômodo ou embaraço? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Pesquisar as causas e a confirmação de incontinência urinária.
ATIVIDADE SEXUAL	Você tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.
HUMOR / DEPRESSÃO	Você se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, investigar depressão.
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: “mesa”, “maçã” e “dinheiro”. Após 3 minutos pedir que os repita na mesma ordem.	Se for incapaz de repetir os três nomes, aplique o MEEM. Como complemento, podem ser aplicados o teste do relógio, o teste de fluência verbal e o questionário de Pfeffer. Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Incapacidade de realizar o teste — fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após o teste).
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Caminhar 3,5m: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Voltar e sentar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Incapacidade de realizar o teste — fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti. Considerar possibilidade de fisioterapia (após o teste).
ATIVIDADES DIÁRIAS	Em auxílio, você é capaz de: Sair da cama? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vestir-se? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Preparar suas refeições? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de Katz e escala de Lawton.
DOMICÍLIO	Na sua casa há: Corrimão no banheiro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Escadas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Tapetes soltos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sim para escada ou tapete e não para corrimão — avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA	Quantas vezes cai?	Orientar prevenção de quedas.
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado/a? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim — Se sim, quem? _____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde por você caso não seja capaz de fazê-lo? _____	Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam a pessoa idosa. Aplicar instrumentos de avaliação sociofamiliar como o IVSF 10.