

AVALIAÇÃO ADMISSIONAL

DMS



ATENÇÃO DOMICILIAR:
SITUAÇÕES CLÍNICAS
COMUNS EM IDOSOS
MÓDULO DE AUTOAPRENDIZAGEM

Data da Avaliação: __/__/____

Profissional: Nome: _____

Profissão: _____

Nº do Prontuário: _____

1. DADOS DO IDOSO:

Nome: _____

Endereço: _____

Sexo: Masculino Feminino **Data de Nascimento:** __/__/____ **Idade:** _____ anos

Cor da Pele: Branca Preta Parda Amarela Indígena

Alfabetização: Não alfabetizado Sabe ler e escrever

Escolaridade: 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo 2º Grau Incompleto 2º Grau Completo Superior Incompleto
 Superior Completo

Situação Conjugal: Solteiro(a) Casado(a) ou c/ Companheira(o) Viúvo(a) Separado(a) ou Divorciado(a)

Religião ou crenças? Sim Não Se sim, qual? _____

Aposentado? Sim Não Principal atividade de trabalho ao longo da vida? _____

Renda Individual Mensal:

Menos de 2 Salários Mínimos até 5 SM mais de 5 a 10 SM mais de 10 a 20 SM Mais de 20 SM

Plano de Saúde: Sim Não Se sim, qual? _____

Primeira Internação Domiciliar/Assistência Domiciliar? Sim Não

Se não, há quanto tempo foi a última internação e qual o motivo? _____

Diagnóstico ou motivo da internação atual: _____

2. DADOS DO DOMICÍLIO

Número de moradores no domicílio: _____

CONDIÇÕES DE MORADIA:

- Acesso à casa é adequado? Sim Não
- Iluminação natural suficiente? Sim Não
- Iluminação artificial suficiente? Sim Não
- Aquecimento / Refrigeração / Ventilação adequados? Sim Não
- Piso com irregularidades e/ou desníveis e/ou escorregadios? Sim Não

- Presença de carpetes/tapetes/forração solta no trajeto do idoso? Sim Não
- Quarto adequado para o descanso e acompanhamento do idoso? Sim Não
- Cozinha adequada para a utilização com segurança? Sim Não
- Banheiro tem condições adequadas e seguras para uso? Sim Não

3. DADOS DO CUIDADOR

Nome: _____

Idade: _____ anos **Sexo:** Masculino Feminino

Vínculo c/ paciente: Esposo(a) Filho(a) Irmão(ã) Sobrinho(a) Vizinho(a)
 Amigo(a) Cuidador(a) particular Outro _____

Alfabetização: Não alfabetizado Sabe ler e escrever

Escolaridade: 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo 2º Grau Incompleto 2º Grau Completo
 Superior Incompleto Superior Completo

Tempo que acompanha este idoso: _____

Cuidador exclusivo deste idoso? Sim Não **Tem outro emprego?** Sim Não

Mora no mesmo domicílio? Sim Não

Realiza outras tarefas domésticas além de cuidar do idoso? Sim Não

Cuidador apresenta desgaste emocional? Sim Não

CONDIÇÕES GERAIS

- Orientação: Orientado (*tempo, lugar*) Confuso
- Mucosas: Normocoradas Hipocoradas Hiperacoradas
- Unhas asseadas e cortadas: Sim Não
- Presença de hematomas: Sim Não Se sim, onde? _____
- Edema: Sim Não Se sim, onde? _____
- Fratura? Sim Não Se sim, onde? _____
- Membro amputado: Sim Não Se sim, qual? _____
- História de 2 ou mais quedas nos últimos 12 meses: Sim Não

É capaz de:

- Alimentar-se: Sozinho c/ auxílio parcial c/ auxílio total
- Vestir-se: Sozinho c/ auxílio parcial c/ auxílio total
- Transferir-se entre cama e cadeira: Sozinho c/ auxílio parcial c/ auxílio total
- Tomar banho: Sozinho c/ auxílio parcial c/ auxílio total
- Usar o vaso sanitário: Sozinho c/ auxílio parcial c/ auxílio total

SINAIS VITAIS

Pressão arterial: (mmHg)	
Temperatura: (°C)	
Frequência Respiratória: (mrpm)	
Pulso: (bpm)	

GLICEMIA CAPILAR

___ mg/dl

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso: _____ kg

Altura: _____ m

IMC: _____ kg/m²

Baixo peso (≤ 22)

Adequado ou eutrófico (> 22 e < 27)

Sobrepeso (≥ 27)

Obs: Use a Calculadora de IMC disponível no Módulo para calcular ou acesse os Materiais de Apoio - Calculadoras para referências.

ESTADO SENSORIAL

- Visão: Normal Debitada Severamente debilitada
Se algum grau de debilidade, informar motivo _____
- Usa óculos? Sim Não
- Audição: Adequada Debitada Severamente debilitada
- Entendimento verbal: Ótimo Algumas vezes entende Raramente entende Nunca entende
- Fala e expressão oral da linguagem: Ótima Se expressa com alguma dificuldade
 Raramente consegue se expressar Incapaz de se expressar verbalmente
- Declínio recente do estado: Emocional - Sim Não Comportamental - Sim Não Mental - Sim Não

AVALIAÇÃO CARDÍACA

- Descrição da Ausculta: _____
- Histórico de cirurgia cardíaca ou angioplastia? Sim Não
Se sim, qual? _____ Há quanto tempo? _____
- Sente dor ou aperto no peito? Sim Não
- Se sim: Em repouso O tempo todo (*dia e noite*) Em exercícios mínimos (*comer, falar, passar da cama para a cadeira*)
 Em exercícios moderados (*vestir-se, ir ao banheiro e caminhar distâncias menores do que 20 passos*)
 Quando caminha mais de 20 passos

AVALIAÇÃO PULMONAR

- Descrição da Ausculta: _____
- Histórico de cirurgia pulmonar? Sim Não
Se sim, qual? _____ Há quanto tempo? _____
- Apresenta dificuldade para respirar (*dispneia*)?
 Sim Não
- Se sim: Em repouso O tempo todo (*dia e noite*) Em exercícios mínimos (*comer, falar, passar da cama para a cadeira*)
 Em exercícios moderados (*vestir-se, ir ao banheiro e caminhar menos de 20 passos*) Quando caminha mais de 20 passos
- Recebe oxigenioterapia? Sim Não Se sim: Intermitente Contínua
- Traqueostomia? Sim Não

SAÚDE BUCAL

Tem dentição permanente? Sim Não
 Usa dentadura móvel? Superior: Sim Não Inferior: Sim Não
 Higiene bucal está adequada? Sim Não
 Apresenta xerostomia (boca seca)? Sim Não
 Possui problema para mastigação? Sim Não
 Dor na cavidade bucal? Sim Não

INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

Dificuldade alimentação oral? Sim Não Se sim, qual _____
 Ingesta hídrica adequada? Sim Não
 Nutrição adequada? Sim Não
 Perda de peso não intencional nos últimos 6 meses? Sim Não
 Nutrição parenteral? Sim Não
 Nutrição enteral? Sim Não Se sim: Nasogástrica Nasoenteral Gastrostomia Jejunostomia

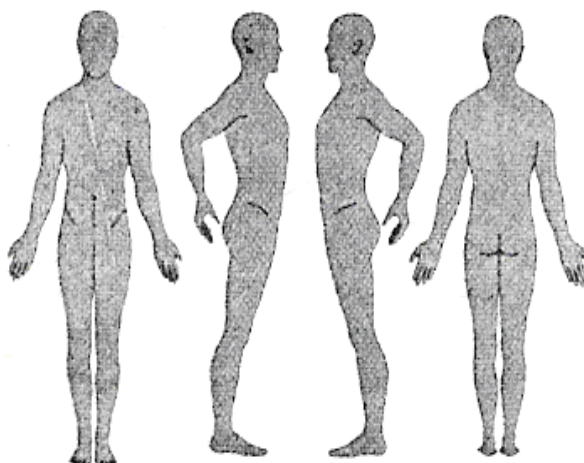
FERIDAS

Apresenta úlcera no momento da admissão?
 Sim Não

Se sim, avaliar: 1 2 3 4

		1	2	3	4
Tipo	Aguda				
	Crônica				
Etiologia	Cirúrgica				
	Úlcera p/ pressão				
	Úlcera venosa				
	Úlcera arterial				
	Neuropática				
Especificações	Queimadura				
	Estágio (I, II, III ou IV)				
Dimensão (cm x cm)					
Fases da cicatrização	Inflamatória/exsudativa				
	Proliferativa				
	Reparadora				
Tipo de secreção	Transudato				
	Exsudato				
	Seroso				
	Hemorrágico				
	Purulento				
Coloração da lesão	Fibrino				
	Acinzentada				
	Preta				
	Esbranquiçada				
	Amarela				
Odor	Avermelhada				
	Sim				
	Não				

Numere o local da(s) úlcera(s):



Obs: Use como referência para avaliação das úlceras o "Manual de Assistência às Pessoas com Feridas - Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, Secretaria Municipal da Saúde (2013)" disponível nos Materiais de Apoio - Bibliografia.

Riscos para úlcera de pressão: (marque todos que se aplicam)

- Mobilidade prejudicada
- Má nutrição
- Pouca atividade
- Presença de edema
- Presença de fricção e/ou cisalhamento

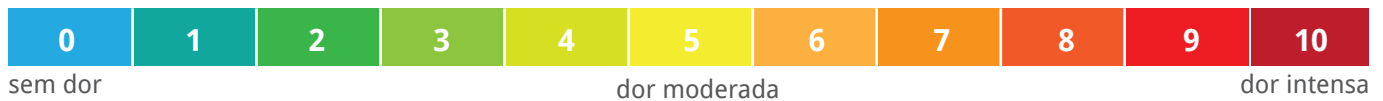
Se apresentar ferida cirúrgica no momento da admissão, verificar o tipo de cirurgia que a originou: _____

ELIMINAÇÕES

- Vômito? Sim Não Se sim, há _____ dias
- Infeção urinária nos últimos 14 dias? Sim Não Se sim, teve tratamento? _____
- Incontinência urinária? Sim Não
- Se sim: A frequência é controlada por horários para urinar Incontinência ocasional pelo estresse
- Apenas durante a noite Durante o dia ou 24 horas
- Incontinência fecal? Sim Não
- Se sim: Raramente 2 a 3x por semana Diariamente
- Constipação? Sim Não Se sim, tempo de duração: _____ dias
- Diarreia? Sim Não Se sim, tempo de duração: _____ dias
- Uso de fralda? Sim Não

AVALIAÇÃO DA DOR

Numa escala de 0 a 10 como você classifica a intensidade da dor: (marque a opção na escala)



A frequência da dor interfere nas atividades? (para qualquer classificação)

- Não Não é diária Não, é diária, mas não é constante Sim, dor constante

USO DE EQUIPAMENTOS OU ACESSÓRIOS NO DIA-A-DIA (marque todos que se aplicam)

- Bengal Andador Cadeira de Rodas Aparelho auditivo

Presença de sondas? Sim Não Se sim, qual tipo? _____

Presença de ostomia? Sim Não Se sim, onde (ou qual)? _____

Se sim, condições da pele: Pele íntegra Pele irritada

NOS ÚLTIMOS 14 DIAS

Foi atendido em Serviço de Urgência e Emergência? Sim Não Se sim, por qual motivo? _____

Foi atendido na UBS? Sim Não Se sim, por qual motivo? _____

Esteve internado no hospital? Sim Não Se sim, por qual motivo? _____

SITUAÇÃO VACINAL

Pneumocócica nos últimos 5 anos? Sim Não

Tétano nos últimos 10 anos? Sim Não

Gripe/influenza no último ano? Sim Não Se não, porquê? _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Tem diagnóstico de hipertensão? Sim Não Tem diagnóstico de AVC? Sim Não

Tem diagnóstico de diabetes? Sim Não Tem diagnóstico de Infarto? Sim Não

Tem diagnóstico de pneumonia nos últimos 12 meses? Sim Não

Outra? _____

RELAÇÕES SOCIAIS

Falta de apoio familiar? Sim Não

Situação de conflito? Sim Não

Negligência / Abandono / Abuso? Sim Não