**IAI – Instrumento de Avaliação Integrado**

Avaliação Integrada para Idosos – Projeto Montes Isolados

NOME:

MORADA:

Nº UTENTE:

MÉDICO FAMILIA: DATA AVALIAÇÃO:

Respondeu ao Inquérito:

Próprio

Prestador de cuidados

**QUEIXAS SAÚDE**

Queixas Musculo Esqueléticas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  0 - Sinais / sintomas do pescoço  0 - Sinais / sintomas da região dorsal  0 - Sinais / sintomas da região lombar  0 - Sinais / sintomas do tórax  0 - Sinais / sintomas do flanco / axila  0 - Sinais / sintomas da mandíbula  0 - Sinais / sintomas dos ombros  0 - Sinais / sintomas dos braços  0 - Sinais / sintomas do cotovelo  0 - Sinais / sintomas dos punhos  0 - Sinais / sintomas das mãos e dedos  0 - Sinais / sintomas da anca  |

 |

|  |
| --- |
|  0 - Sinais / sintomas da perna / coxa  0 - Sinais / sintomas do joelho  0 - Sinais / sintomas do tornozelo  0 - Sinais / sintomas do pé / dedos dos pés  0 - Dores musculares  0 - Sinais / sintomas musculares não esp.  0 - Sinais / sintomas articulações não esp.  0 - Medo de cancro do aparelho músculo-esquelético  0 - Medo de doença do aparelho músculo-esquelético  0 - Limitação funcionalidade / incapacidade  3 - Sem queixas  |

 |

Queixas de Visão

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|   0 - Dor no olho  0 - Olho vermelho  0 - Secreção ocular  0 - Moscas volantes / pontos luminosos / manchas  0 - Outras perturbações visuais  0 - Sensações oculares anormais  0 - Movimentos oculares anormais  0 - Aparência anormal dos olhos  |

 |

|  |
| --- |
|   0 - Sinais / sintomas das pálpebras  0 - Sinais / sintomas relacionados com óculos  0 - Sinais / sintomas relacionados com lentes de contacto  0 - Medo de doença ocular  0 - Limitação funcional / incapacidade  0 - Outros sinais / sintomas oculares  3 - Sem queixas  |

 |

Queixas de Audição

|  |  |
| --- | --- |
|  0 - Dores de ouvidos  0 - Problemas de audição  0 - Acufeno / zumbido / ruído / assobio  0 - Secreção do ouvido  0 - Hemorragia do ouvido  |  0 - Sensação de ouvido tapado  0 - Preocupação com aparência - orelhas  0 - Medo de doença do ouvido  0 - Limitação funcional / incapacidade  0 - Outros sinais / sintomas do ouvido  3 - Sem queixas  |

Queixas de Pele

|  |  |
| --- | --- |
|  0 - Dor / sensibilidade dolorosa da pele  0 - Prurido  0 - Corpo estranho na pele  0 - Traumatismo / contusão  0 - Verrugas  0 - Tumor / massa localizada na pele  0 - Tumores / inchaços generalizados  0 - Erupção cutânea localizada  0 - Erupção cutânea generalizada  0 - Alterações da cor da pele  0 - Infeções dos dedos das mãos / pés  0 - Furúnculo / antraz  0 - Infeção pós-traumática da pele  0 - Picada ou mordedura de inseto  |  0 - Mordedura animal / humana  0 - Queimadura / escaldão  0 - Abrasão / arranhão / bolhas  0 - Laceração / corte  0 - Outra lesão cutânea  0 - Calos / calosidades  0 - Sinais / sintomas da textura da pele  0 - Sinais / sintomas das unhas  0 - Queda de cabelo / calvície  0 - Sinais / sintomas cabelo / couro cabeludo  0 - Medo de cancro da pele  0 - Medo de outra doença da pele  0 - Limitação funcionalidade / incapacidade  0 - Outros sinais / sintomas da pele  3 - Sem queixas  |

Queixas Outros Órgãos/Sistemas. Outras Queixas

|  |  |
| --- | --- |
|  0 - Dor generalizada / múltipla  0 - Arrepios  0 - Febre  0 - Debilidade / cansaço geral  0 - Sentir-se doente  0 - Desmaio / síncope  0 - Coma  0 - Inchaço / edema  0 - Sudorese  0 - Hemorragia não especificada  0 - Queixas de sangue / sistema hematopoético / imune  0 - Queixas aparelho digestivo  0 - Queixas aparelho circulatório  0 - Queixas sistema neurológico  |  0 - Dores torácicas não especificadas  0 - Receio / medo do tratamento  0 - Preocupações com a aparência  0 - Pedido / discussão da eutanásia  0 - Fator de risco de malignidade  0 - Fator de risco não especificado  0 - Medo de morrer / da morte  0 - Medo de cancro não especificado  0 - Medo de outra doença não especificado  0 - Limitação da funcionalidade / incapacidade  0 - Queixas aparelho respiratório  0 - Queixas endócrinas / metabólicas e nutricional  0 - Queixas aparelho urinário  0 - Queixas aparelho genital feminino  0 - Queixas aparelho genital masculino  3 - Sem queixas  |

**ESTADO DE NUTRIÇÃO**

PESO (em Kg): ALTURA (em cm):

IMC (Kg/m2): CINTURA (perímetro cintura em cm):

**QUEDAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de quedas no último ano:**  0 - Quatro ou mais quedas  1 - Duas a três quedas  2 - Uma queda  3 - Sem quedas  | **Momento das quedas:**  0 - Menos de um mês  1 - Um mês a um ano  2 - Mais de um ano  3 - Sem quedas  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivo das quedas:**  0 – Interno/externo  1 - Interno 2 – Externo 3 - Sem quedas  | **Momento das quedas:**  0 – Com alteração mobilidade  1 – Sem alteração mobilidade 2 – Sem sequelas  3 - Sem quedas  |

**LOCOMOÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Andar em casa, dentro de edifícios:**  0 - Incapaz, não anda  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios  3 - Independente  | **Andar na rua:**  0 - Incapaz, não anda  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios  3 - Independente |

|  |  |
| --- | --- |
| **Andar em escadas:**  0 - Incapaz, não usa  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios  3 - Independente  | **Locomoção e meios para visão e audição:**  2 - Meios  3 - Independente  |

**AUTONOMIA FÍSICA (ÍNDICE DE KATZ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lavar-se / tomar banho (entrar / sair, estar, lavar-se):**  0 - Incapaz, não de lava  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios  3 - Independente  | **Vestir-se / despir-se (escolher, preparar, vestir):**  0 - Incapaz, não se veste  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios  3 - Independente  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Transferir-se da cama e de cadeiras (deitar-se e levantar-se, mover-se, transferir-se, andar):**  0 - Incapaz, não se transfere  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios  3 - Independente  | **Usar a sanita e / ou bacio / urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar)**:  0 - Incapaz, não usa  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios  3 - Independente  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Controlar a urina e fezes:**  0 - Incapaz, não controla  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios / incontinência esporádica  3 – Independente  | **Alimentar-se / comer (servir-se preparar alimentos, comer):**  0 - Incapaz, não se alimenta  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios / prótese dentária  3 - Independente  |

|  |
| --- |
| **Autonomia física e meios para a visão e audição:**  2 - Meios  3 – Independente  |

**AUTONOMIA INSTRUMENTAL (ESCALA LAWTON)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Usar o telefone (marcar números e atender):**  0 - Incapaz, não usa  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios  3 - Independente  | **Fazer compras (todas as compras necessárias):**  0 - Incapaz, não faz  1 - Dependente de terceiros  3 - Independente  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Preparar refeições (planear bem, preparar-se, servir-se):**  0 - Incapaz, não faz  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios / ajuda ocasional  3 - Independente  | **Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, como limpezas):**  0 - Incapaz, não faz  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios / ajuda ocasional  3 - Independente  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lavar / tratar da roupa (grande e pequena):**  0 - Incapaz, não usa  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios / ajuda ocasional  3 - Independente  | **Usar transportes onde não pode ir a pé (públicos, táxi, carro, conduzir):**  0 - Incapaz, não usa  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios / ajuda ocasional  3 - Independente  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco):**  0 - Incapaz, não faz  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios / ajuda ocasional  3 - Independente  | **Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos corretos):**  0 - Incapaz, não toma  1 - Dependente de terceiros  2 - Meios / ajuda ocasional  3 - Independente  |

|  |
| --- |
| **Autonomia instrumental e meios para a visão e audição:**  2 - Meios  3 - Independente  |

**QUEIXAS EMOCIONAIS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Triste / deprimido (sensação de depressão)**:  0 - Muito tempo / sem resposta  1 - Metade do tempo  2 - Pouco tempo  3 - Nunca  | **Nervoso / ansioso (sensação de ansiedade / nervosismo / tensão, reação aguda ao stress):**  0 - Muito tempo / sem resposta  1 - Metade do tempo  2 - Pouco tempo  3 - Nunca  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Outras queixas emocionais:**  0 - Sentir-se irritável / zangado  0 - Perturbação do sono  0 - Diminuição da satisfação sexual  0 - Diminuição do desejo sexual  0 - Preocupação com a preferência sexual  0 - Gaguejar / balbuciar / tiques  0 - Abuso agudo do álcool  0 - Abuso crónico do álcool  | **Outras queixas emocionais:**0 - Abuso do tabaco  0 - Abuso de drogas  0 - Abuso da medicação  0 - Alterações da memória  0 - Medo de perturbações mentais  0 - Problemas da fase de vida de adulto  0 - Limitação funcional / incapacidade  0 - Outros sinais / sintomas psicológicos  3 - Sem queixas  |

**ESTADO COGNITIVO (EXERTO MINI MENTAL STATE)**

**Orientação no Tempo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ano: Em que ano estamos?**  0 - Não responde / não sabe / errado  3 - Certo | **Mês: Em que mês estamos?**  0 - Não responde / não sabe / errado  3 - Certo  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dia do mês: Quantos são hoje?**  0 - Não responde / não sabe / errado  3 - Certo  | **Estação do ano: Em que estação do ano estamos?**  0 - Não responde / não sabe / errado  3 - Certo  |

|  |
| --- |
| **Dia da semana: Que dia da semana é hoje?**  0 - Não responde / não sabe / errado  3 - Certo  |

**Orientação no Espaço**

|  |  |
| --- | --- |
| **País: Como se chama o nosso país?**  0 - Não responde / não sabe / errado  3 – Certo  | **Distrito: Em que distrito vive?**  0 - Não responde / não sabe / errado  3 – Certo  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Terra: Em que terra vive?**  0 - Não responde / não sabe / errado  3 - Certo  | **Casa: Como se chama esta casa?**  0 - Não responde / não sabe / errado  3 - Certo  |

|  |
| --- |
| **Andar: Em que andar estamos?**  0 - Não responde / não sabe / errado  3 – Certo  |

**ESTADO SOCIAL (ISOLAMENTO SOCIAL)**

**Nº coabitantes na residência:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Estado civil (em relação a união a outra pessoa):**  0 - Viúvo / separado / solteiro  3 - Casado / união de facto  | **Número de coabitantes na sua residência**  0 - Vive só  3 - Vive com outros  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tempo em que está só nas 24 horas:**  0 - 8 ou mais horas  3 - Menos de 8 horas  | **Ter com quem desabafar / ter confidente (falar de assuntos pessoais)**:  0 - Não tem confidente  3 - Tem confidente  |

**HABILITAÇÔES LITERÀRIAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Escolaridade:**  0 - Analfabeto (0 anos)  1 - 1 a 6 anos  2 - 7 a 12 anos  3 - 13 ou mais anos - cursos superiores  | **Profissão:**  0 - Não qualificado (operários de fábricas, agricultura, pesca e empregada doméstica)  1 - Qualificado (serviços e trabalhadores qualificados, incluindo da agricultura e pescas)  2 - Intermédios (técnicos e profissionais de nível intermédio, pessoal administrativo)  3 - Especialistas (quadros superiores, profissões intelectuais e científicas)  |

 **HÁBITOS**

**Atividade física / semana**

Andar a pé/Nº horas semana:

Ginástica ou Desporto/Nº horas semana:

Outra atividade física/Nº horas semana:

|  |
| --- |
| **Total de horas / semana de atividade física:**  0 - 0 horas  1 - Menos de 2 horas  2 - 2 a 4 horas  3 - 4 ou mais horas  |

**Número Refeições/dia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Refeições habituais (assinalar):**  Peq. Almoço  Meio manhã  Almoço  Lanche  Jantar  Ceia  Outra(s)  | **Número total de refeições / dia:**  0 - 0 a 2 refeições / dia  1 - Mais de 6 refeições / dia  2 - 3 Refeições / dia  3 - 4 a 6 refeições / dia  |