**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 |