

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - IDOSOS

Nome Completo: _____

Ende _____

Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____

Referências: _____

Telefone fixo: _____ celular: _____ email: _____

Outros telefones para contato: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____ Estado: _____

Profissão: _____

NACIONALIDADE	
BRASILEIRA	OUTRAS
1	2

Se outras, especificar:

SEXO	
MASCULINO	FEMININO
1	2

COR		
BRANCA	NEGRA	PARDA
1	2	3

ESCOLARIDADE									
AN	EFC	EFI	EMC	EMI	ESC	ESI	ESP	MES	DOU
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

AN – Analfabeto

ESC – Ensino Superior Completo

EFC – Ensino Fundamental Completo

ESI – Ensino Superior Incompleto

EFI – Ensino Fundamental Incompleto

ESP – Especialista

EMC – Ensino Médio Completo

MES - Mestre

EMI – Ensino Médio Incompleto

DOU – Doutor

SITUAÇÃO CONJUGAL				
SOLTEIRO	CASADO	SEPARADO	DIVORCIADO	VIUVO
1	2	3	4	5

Obs: _____

COM QUEM MORA?				
SÓ	CÔNJUGE	FILHOS	NETOS	OUTROS
1	2	3	4	5

Se outros, especificar: _____

QUANTAS PESSOAS RESIDEM NO DOMICÍLIO?						
1	2	3	4	5	6	7 ou +

CONDIÇÕES DE MORADIA		
PRÓPRIA	ALUGADA	CEDIDA
1	2	3

TIPO DE MORADIA		
ALVENARIA	MADEIRA	OUTROS
1	2	3

Se outros, qual? _____

TIPO DE PISO			
CIMENTO	CERÂMICA	ASSOALHO	OUTROS
1	2	3	4

Se outros, especificar: _____

NUMERO DE CÔMODOS						
1	2	3	4	5	6	7 ou +

INFRA-ESTRUTURA DOMICILIAR									
ÁGUA ABAST. PÚBLICO		ENERGIA ELÉTRICA		COLETA DE LIXO		REDE DE ESGOTO		POSSUI ESCADAS?	
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2

Obs: _____

ITENS SEGURANÇA DOMICILIAR									
PISO ANTIDERRAPANTE		CORRIMÃO BANHEIRO		ILUMINAÇÃO ADEQUADA		TAPETES E/OU FIOS SOLTOS		CADEIRAS SEM BRAÇOS	
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2

ATIVIDADE REMUNERADA	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, especificar: _____

RENDA INDIVIDUAL						
NÃO TEM	< 1 SM	1 SM	2 SM	3 SM	4 SM	5 SM / +
1	2	3	4	5	6	7

Obs: _____

RENDA FAMILIAR					
< 1 SM	1 SM	2 SM	3 SM	4 SM	5 SM / +
1	2	3	4	5	6

Obs: _____

ATIVIDADE FÍSICA	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, quais? _____

Freqüência / tempo: _____

ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL DURANTE ATIVIDADE FÍSICA
--

SIM	NÃO
1	2

ATIVIDADE SEXUAL	
SIM	NÃO
1	2

Obs: _____

FUMANTE	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, há quanto tempo? _____

Quantos cigarros / dia? _____

CONSUMO BEBIDA ALCOÓLICA	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, quais? _____

Tipo e quantidade/dia: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES			
CARDIOPATIA	DIABETES	HIPERTENSÃO	OUTROS
1	2	3	4

Outros, especificar: _____

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL			
DIABETES	HIPERTENSÃO	ARTRITE	CATARATA
1	2	3	4
DÉFICIT COGNITIVO	CARDIOPATIA	GLAUCOMA	DÉFICIT AUDITIVO
5	6	7	8

Outros, especificar: _____

OPINIÃO SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE

RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO
1	2	3	4

Obs: _____

UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, quais? _____

ATIVIDADES DE LAZER	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, quais? _____

Se não, justifique _____

QUAIS ATIVIDADES APRECIA			
DANÇA	MÚSICA	CAMINHADA	JOGOS
1	2	3	4
VIAGEM	ATIVIDADES MANUAIS	TV	RÁDIO
5	6	7	8
LEITURA			
9			

Outros, especificar: _____

UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PRIVADO OU PÚBLICO	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, quais? _____

Com que freqüência? _____

Motivos de procura mais freqüentes _____

REALIZAÇÃO EXAMES PREVENTIVOS	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, quais? _____

Com que freqüência? _____

IMUNIZAÇÕES ATUALIZADAS	
SIM	NÃO
1	2

Se não, justifique _____

SOFREU ALGUMA QUEDA	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, quantas? _____

Há quanto tempo? _____

Sofreu lesões? Quais? _____

Possui seqüelas em decorrência da queda? Quais? _____

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (baseado no Índice de Katz)			
ATIVIDADES	DATA		
	DT	DP	I
Higiene corporal			
Vestir-se			
Ir ao banheiro			
Locomoção			
Alimenta-se			
Continência urinária e fecal			
Realizar compras			
Atividades domésticas			
Utilização de telefone			
Utilização de medicamentos			
Controlar finanças			

DT- Dependência total DP- Dependência parcial I- Independência

EXAME FÍSICO	
SINAIS VITAIS (T / P/ R / PA)	
PESO	
ALTURA	
CABEÇA E PESCOÇO	
TRONCO ANTERIOR E POSTERIOR	
MEMBROS	
QUEIXAS	
OUTRAS OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR (Impressões gerais e relacionar orientações e/ou encaminhamentos realizados).

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – CUIDADORES

Nome Completo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____

Referências: _____

Telefone fixo: _____ celular: _____ e-mail: _____

Outros telefones para contato: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____ Estado: _____

SEXO	
MASCULINO	FEMININO
1	2

ESCOLARIDADE									
AN	EFC	EFI	EMC	EMI	ESC	ESI	ESP	MES	DOU
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

AN – Analfabeto

ESC – Ensino Superior Completo

EFC – Ensino Fundamental Completo

ESI – Ensino Superior Incompleto

EFI – Ensino Fundamental Incompleto

ESP – Especialista

EMC – Ensino Médio Completo

MES - Mestre

EMI – Ensino Médio Incompleto

DOU - Doutor

SITUAÇÃO CONJUGAL				
SOLTEIRO (A)	CASADO (A)	SEPARADO (A)	DIVORCIADO (A)	VIUVO (A)
1	2	3	4	5

GRAU DE PARENTESCO COM O IDOSO (A)			
FILHA	ESPOSA	ESPOSO	OUTROS
1	2	3	4

Se outros, especificar: _____

RESIDE COM O IDOSO

SIM	NÃO
1	2

OCUPAÇÃO (ALÉM DE CUIDAR)	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, qual: _____

RENDA INDIVIDUAL						
NÃO TEM	< 1 SM	1 SM	2 SM	3 SM	4 SM	5 SM / +
1	2	3	4	5	6	7

OPINIÃO SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE			
RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO
1	2	3	4

Obs:

POSSUI AUXÍLIO PARA O CUIDADO	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, em quais tarefas _____

Quem auxilia _____

HORAS/DIA DEDICADAS AO CUIDADO			
ATÉ 05	DE 05 A 08	DE 08 A 10	+ DE 10
1	2	3	4

NÚMERO DE ANOS DEDICADOS AO CUIDADO			
ATÉ 01	DE 01 A 03	DE 03 A 05	+ DE 05
1	2	3	4