CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA

IDOSA

60+

PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

Carlos Massa Ratinho Junior
Governador do Paraná

Carlos Alberto Gebrim Preto (Beto Preto)
Secretário de Estado da Saúde

César Neves
Diretor Geral

Maria Goretti David Lopes
Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde

Sidneya Marques
Gerente de Atenção Primária à Saúde

Giseli da Rocha
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde do Idoso

Adriane Miró Vianna Benke Pereira
Caren Cristiane Muraro
Karla Barros de Morais
Sonia Mara Niederauer Abaunza
Autores

Mariane Rodrigues de Melo
Jéssica de Oliveira
Carolina de Oliveira Azim Schiller
Gabriela Silveira Spisla
Colaboradores

Juliana Scheller
Diagramação Visual - Núcleo de Comunicação Social

1ª Edição . 2023
SECRETARIA DA SAÚDE - Rua Piquiri, 170 - Rebouças - Curitiba - PR

CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA - PARANÁ

Prezado (a),

Esta Caderneta de Saúde contém informações muito importantes, que devem ser conhecidas por toda equipe de saúde que possa vir a atendê-lo(a).

Trate-a como a um documento, que deve estar sempre com você e ser apresentado em qualquer atendimento de saúde, quer seja na sua casa, na Unidade de Saúde, na UPA, no ambulatório ou no Hospital. É muito importante que ela seja preenchida. Sempre peça ao (a) profissional que faça os devidos registros.

Você ou seu familiar/cuidador (a) pode preencher as informações de identificação. Deixe as demais páginas para a equipe de saúde.

Cuide bem dela, pois será utilizada por muitos anos e pode ajudá-lo(a) a ter uma vida independente e com qualidade.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

P223 Paraná. Secretaria da Saúde. Divisão de Atenção à Saúde do Idoso
Caderneta de saúde da pessoa idosa: 60+ / Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 1.ed. Curitiba : SESA, 2023.
38 p. color. 2150 Kb; PDF

Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Material-grafico
ISBN 978-85-66800-34-0 (on-line)

1. Saúde do Idoso. 2. Assistência à Saúde do Idoso. 3. Caderneta de Saúde do Idoso. 4. Política de saúde. I. Título. II. Autor.

CDD 362.60

Elaine Cristina Itner Voidelo - CRB9/1239

IDENTIFICAÇÃO

Nome:_____

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

Nome da mãe: _____

RG: _____ CPF:_____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone Fixo: ( )_____Celular: ( )_____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

UBS:_____Tel.:_____

Número do cartão do SUS: _____

Em caso de emergência falar com: (Nome/parentesco/ telefone)

_____

_____

_____

_____

COLE AQUI
O SEU QR CODE

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL IVCF - 20

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL – 20

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropria alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

IDADE		1 - Qual é a sua idade?
AUTO PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2 - Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua s
AVD INSTRUMENTAL Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5		3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinhe
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos t casa ou fazer limpeza leve?
AVD Básica		6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinh
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidi
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriorme
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?
	Capacidade aeróbica e/ou muscular (Pontuação máxima: 2 pontos)	14. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m2 • Circunferência da panturrilha a < 31 cm • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?
	Continência Esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma ativ É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma É permitido o uso de aparelhos de audição.
COMORBIDADE MÚLTIPLA (Pontuação máxima: 4 pontos)		20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas. • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia. • Internação recente, nos últimos 6 meses.

0 a 6 pontos: BAIXA vulnerabilidade clínico-funcional
7 a 14 pontos: MODERADA vulnerabilidade clínico-funcional
≥ 15 pontos: ALTA vulnerabilidade clínico-funcional

apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por
:

	Escolha a opção e pontue o quadro ao lado:
	(0) 60 a 74 anos (1) 75 a 84 anos (3) ≥ 85 anos
que sua saúde é:	(0) Excelente, muito boa ou boa (1) Regular ou ruim
ras?	(4) Sim (0)Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde
eu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?	(4)Sim (0) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde
quenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a	(4)Sim (0)Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde
ho sozinho?	(6) Sim (0) Não
	(1) Sim (0) Não
	(1) Sim (0) Não
do cotidiano?	(2) Sim (0) Não
?	(2) Sim (0) Não
eriormente prazerosas?	(2) Sim (0) Não
	(1) Sim (0) Não
	(1) Sim (0) Não
timo ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês	(2) Sim (0) Não
e alguma atividade do cotidiano?	(2) Sim (0) Não
	(2) Sim (0) Não
	(2) Sim (0) Não
uma atividade do cotidiano?	(2) Sim (0) Não
alguma atividade do cotidiano?	(2) Sim (0) Não
	(4) Sim (0) Não
	Total

Fonte: Moraes et al, Rev Saúde Pública, 2016; 50:81.

DATA														
	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
PONTUAÇÃO														

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Quadro 1 - Atividades básicas de vida diária - autocuidado

Assinale a opção escolhida no quadro ao lado

Atividade	Independência (I)	Dependência (D)
Tomar banho	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou toma banho sozinho	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho
Vestir-se	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho
Uso do vaso sanitário	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos)	Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo
Transferência	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio)	Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências
Continência	Micção e evacuação inteiramente autocontrolados	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros. Acidentes "ocasionais"
Alimentar-se	Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral

Fonte: Nota técnica Saúde da pessoa Idosa, 2019

Quadro 2- Atividades instrumentais de vida diária

Coloque no quadro a letra correspondente à sua resposta.

Atividade de vida diária SEM AJUDA **(S)** COM AJUDA PARCIAL **(C)** INCAPAZ **(I)**	DATA ___/___/___	DATA ___/___/___	DATA ___/___/___	DATA ___/___/___
Você é capaz de preparar suas refeições?				
Você é capaz de tomar seus remédios na dose certa e horário correto?				
Você é capaz de fazer compras?				
Você é capaz de controlar seu dinheiro ou finanças?				
Você é capaz de usar o telefone?				
Você é capaz arrumar sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos?				
Você é capaz de lavar e passar sua roupa?				
Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?				
CLASSIFICAÇÃO				

Fonte: Nota técnica Saúde da pessoa Idosa, 2019

DATA																													
	(I)	(D)	(I)	(D)	(I)	(D)	(I)	(D)	(I)	(D)	(I)	(D)	(I)	(D)	(I)	(D)	(I)	(D)	(I)	(D)	(I)	(D)	(I)	(D)	(I)	(D)	(I)	(D)	(I)	(D)
CLASSIFICAÇÃO																														

AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE SOCIOFAMILIAR

Coloque no quadro ao lado a numeração correspondente.

	Fragilidade	Sim	Não
SUPORTE FAMILIAR	Mora sozinho	2	0
	Residente em ILPI	4	0
	Presença de companheiro ou cônjuge	0	2
	Viuvez recente, no último ano	2	0
	Presença de alguém com disponibilidade para atendê-lo, em caso de necessidade ou presença de cuidador, familiar ou profissional, qualificado para a prestação do cuidado necessário	0	6
	Você recebe visitas dos seus familiares ou amigos com regularidade?	0	2
	Responsável pelo cuidado de pessoas dependentes na sua casa	2	0
		TOTAL	

SUPORTE SOCIAL	Analfabetismo				2	0
	Beneficiário do Benefício de Prestação Continuada (BPC)				4	0
	Moradia própria				0	2
	Moradia em boas condições de organização e higiene				0	4
	Acesso à renda própria ou de familiares próximos suficiente para garantir a própria subsistência				0	6
	Relato de participação em alguma atividade extradomiciliar ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência etc				0	2
CRITÉRIO DE GRAVIDADE	Suporte Familiar Suporte Social	**Ausente:** 0	**Leve:** 1 a 4 pontos	**Moderado:** 4 a 9 pontos	**Grave:**≥ 10 pontos	TOTAL

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos Fonte: Nota técnica Saúde da pessoa Idosa, 2019

DATA	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
PONTUAÇÃO																		
PONTUAÇÃO																		

CONDIÇÕES CRÔNICAS

Marque com um (x) em caso positivo e especifique quando necessário.

1- Hipertensão arterial		
2- Diabetes Melitus		
3- AVE ou AIT, IAM ou DAC ou DAP		
4- Insuficiência Cardíaca, arritmias ou valvulopatias sintomáticas		
5- Parkinsonismo ou tremores (repouso, ação ou intencional)		
6- Quadro demencial		
7- Transtorno mental ou psiquiátrico		
8- DPOC ou asma		
9- Osteoartrite degenerativa, artrite reumatoide ou doenças reumatológicas limitantes		
10- Câncer exceto cutâneo e mieloma		
11- Doença renal crônica (insuficiência renal)		
12- Osteoporose atual ou pregressa		
13- Doença tireoideana		
14- Obesidade		
15- Distúrbio do sono (insônia, apneia do sono ou hipersonia)		
16 - Anemia ou outra doença do sistema hematopoiético		
17 - Problemas digestivos (doença do refluxo gastroesofágico, doença dispéptica, diarreia crônica, obstipação intestinal, fecaloma)		
18 - Dor crônica		

CIRURGIAS

DATA	CIRURGIA	LOCAL
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

ALERGIAS

DATA	ALERGIA	SINTOMA
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

QUEDAS

DATA	LOCAL	LESÃO
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

DISPOSITIVO AUXILIAR DA MARCHA

Caso afirmativo, descreva.

DATA	DISPOSITIVO
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

HOSPITALIZAÇÕES

DATA	MOTIVO	LOCAL
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

MEDICAMENTOS

Anotar o nome de todos os medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso, prescritos por médicos ou na forma de automedicação.
Anotar os medicamentos suspensos com a justificativa da mudança.

DATA	NOME DO MEDICAMENTO E CONCENTRAÇÃO	DOSE E FREQUÊNCIA	PROFISSIONAL / AUTOMEDICAÇÃO	
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				

/ o	DATA DE INÍCIO	SUSPENSÃO	
		DATA	MOTIVO
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	

MEDICAMENTOS

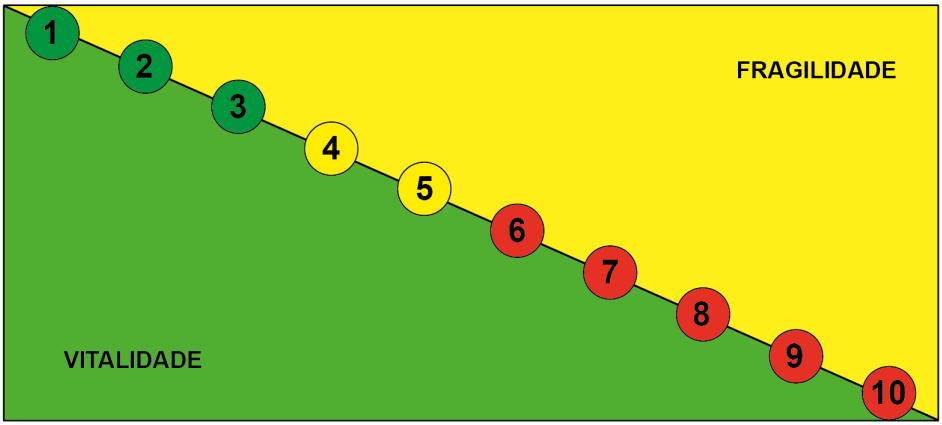
Anotar o nome de todos os medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso, prescritos por médicos ou na forma de automedicação.
Anotar os medicamentos suspensos com a justificativa da mudança.

DATA	NOME DO MEDICAMENTO E CONCENTRAÇÃO	DOSE E FREQUÊNCIA	PROFISSIONAL / AUTOMEDICAÇÃO	
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				

/ o	DATA DE INÍCIO	SUSPENSÃO	
		DATA	MOTIVO
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO-FUNCIONAL

FRAGILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL

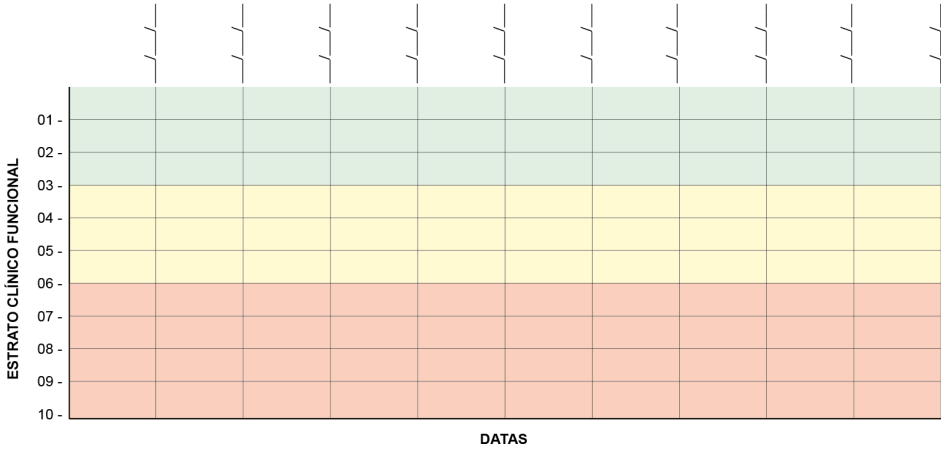


Envelhecimento Fisiológico (Senescência) — Envelhecimento Patológico (Senilidade)

AUSÊNCIA DE DECLÍNIO FUNCIONAL	DECLÍNIO FUNCIONAL IMINENTE	DECLÍNIO FUNCIONAL ESTABELECIDO				
		AVD INSTRUMENTAL		AVD BÁSICA		
		DEPENDÊNCIA PARCIAL	DEPENDÊNCIA TOTAL	SEMIDEPENDÊNCIA	DEPENDÊNCIA INCOMPLETA	DEPENDÊNCIA COMPLETA

IDOSO ROBUSTO	IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO	IDOSO FRÁGIL		
		Alto potencial de melhora funcional	Baixo potencial de melhora funcional	Fase final de vida

GRÁFICO DA ESTRATIFICAÇÃO CLÍNICO FUNCIONAL



DADOS ANTROPOMÉTRICOS

DATA	PESO	ALTURA	IMC	CIRCUNFERÊNCIA DE PANTURRILHA
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Data			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Data			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

CONTROLE DA GLICEMIA

DATA	GLICEMIA	DATA	GLICEMIA
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL

CONTROLE DA GLICEMIA

DATA	GLICEMIA	DATA	GLICEMIA
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL
/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL	/ /	( ) JEJUM ( ) CASUAL _____mg/dL

SAÚDE BUCAL DA PESSOA IDOSA

AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL Preencha a coluna com a letra correspondente **(S)** SIM **(N)** NÃO	DATA									
	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Paciente está satisfeito(a) com aparências dos seus dentes e gengivas?	AVALIAÇÃO									
Apresenta dor, sensibilidade ou ardência bucal?										
Apresenta ferida ou lesões em boca a mais de 15 dias?										
Apresenta xerostomia?										
Apresenta halitose?										
Apresenta edentulismo?										
Faz uso de prótese dentária?										
Apresenta prótese dentária satisfatória?										
Apresenta alguma mudança na quantidade ou tipo de alimentação em função dos dentes / prótese?										
Apresenta alguma infecção de origem dentária?										
Apresenta doença cárie?										
Apresenta doença periodontal?										

ORIENTAÇÕES

O cuidado com a saúde bucal deve ser um trabalho integrado e de toda a equipe, pois muitos agravos que acometem a cavidade bucal tem repercussão na saúde geral da pessoa idosa.

Higiene bucal: escova macia, pasta com flúor, raspador lingual, fio dental com suporte, enxaguante bucal com flúor sem álcool.
Higiene dos rebordos gengivais: gaze com água.
Higiene de próteses: limpeza com escova dura e sabão neutro, parte interna e externa das próteses.
Orientações sobre xerostomia: ingesta de água e/ou líquidos gelados, saliva artificial, goma de mascar sem açúcar (pacientes dentados). Verificar medicamentos em uso.

LINHA DE CUIDADO EM

SAÚDE BUCAL

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO

Covid-19		Influenza (gripe)	
Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____
Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____
Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____
Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____
Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____
Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO

Difteria, tétano e coqueluche	Pneumo 13 Pneumo 23	Hepatite B	Outras
Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____
Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____
Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____
Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	**Febre Amarela**	**Outras**	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____
Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____
Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____	Data: ____/_____/_____ Lote:_____ Unid.:_____ Ass:_____
	MANTENHA SUA CARTEIRA DE VACINAÇÃO ATUALIZADA	**VACINE-SE** SAUDE.PR.GOV.BR	

AGENDAMENTO DE CONSULTAS/EXAMES

DATA	HORA	LOCAL	PROFISSIONAL
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			

AGENDAMENTO DE CONSULTAS/EXAMES

DATA	HORA	LOCAL	PROFISSIONAL
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			

Você já ouviu falar sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)?

As DAVs são definidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como "o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade." (Res. nº1995/2012, CFM)

Como elaborar esse documento?

*Reflita sobre suas vontades e preferências. Você já teve ou tem algum familiar ou amigo que faleceu recentemente? Essa pessoa recebeu algum tratamento que não gostaria de ter recebido? Ou não recebeu algum tratamento que desejava? De que modo essa experiência influencia suas próprias preferências?

*Escolha uma pessoa de sua confiança para ser seu procurador de saúde. Ele responderá caso você não tenha condições de expressar a suas vontades. Converse com ele abertamente sobre tratamentos médicos que você quer ou não receber.

*Converse com sua equipe de saúde. Considere as sugestões que os profissionais apresentarem.

*O médico deve registrar no prontuário as DAVs que lhes foram diretamente comunicadas, desde que conversado e autorizado pelo usuário, não sendo exigidos testemunhas ou assinaturas, pois o médico possui fé pública e seus atos têm efeito legal e jurídico.

*Toda a equipe de saúde deve estar ciente das DAVs.

*Não é necessário fazer o registro em cartório. Deixe uma cópia de suas DAV com seu médico, com seu procurador de saúde e com as pessoas que você considere que devam conhecer suas vontades.

POSSUI DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE? ( ) SIM ( ) NÃO

Responsável: _____

Contato: _____

ANOTAÇÕES GERAIS

ANOTAÇÕES GERAIS

TELEFONES ÚTEIS

• **Disque Idoso Paraná: 0800 141 00 01**
(Direito da pessoa idosa, serviços públicos e denúncias referentes à violação de direitos)

• **Ouvidoria da Secretaria da Saúde do Paraná: 0800 644 44 14 ou 155**
(Denúncia, sugestão, informação, reclamação, solicitação e/ou elogio referentes as ações e serviços do Sistema Único de Saúde - SUS)

• **PROCON PR: 0800 041 15 12**
(Departamento Estadual de Proteção e Defesa do Consumidor)

• **SAMU: 192**
(Serviço de Ambulância Móvel de Urgência)

• **SIATE: 193**
(Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência / Corpo de Bombeiros)

ISBN 978-856680034-0
9 788566 800340

SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ
Rua Piquiri 170 - Rebouças - 80230-140 - Curitiba - PR