

Paciente: _____

Acompanhante (nome e parentesco) _____

Data da Avaliação: ____/____/____. Avaliador: _____

Município: _____ UBS: _____

Pontuação IVCF-20: _____ ROBUSTO(0a6) RISCO DE FRAGILIZAÇÃO(7a14) FRÁGIL(>=15)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			
www.ivcf-20.com.br			
O questionário deve ser realizado pela equipe de nível superior com o paciente e na presença de um cuidador que tenha convívio com ele.			Pontuação
		1. Qual é a sua idade? () 60 a 74 anos ⁰ () 75 a 84 anos ¹ () ≥ 85 anos ³	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: () Excelente, muito boa ou boa ⁰ () Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ⁴ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
	AVD	5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
		6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁶ () Não	
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não	
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () ; • 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 segundos () . () Sim ² () Não	Máximo 2 pts
		Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não		
	Continência esfinteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não	
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim ² () Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim ² () Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Internação Polipatologia Internação	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas () Sim⁴ () Não • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () Sim⁴ () Não • Internação recente, nos últimos 6 meses () Sim⁴ () Não 	Máximo 4 pts
PONTUAÇÃO FINAL (MÁX 40 pontos)			

MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO

CONTEXTO SOCIAL

O idoso possui suporte familiar, mantém vínculos familiares positivos e saudáveis?

É acompanhado / está inserido em algum Programa Social? Possui participação / apoio social da comunidade?

Há alguma situação de familiares interferindo no processo saúde-doença do paciente?

Tem independência econômica?

AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DOMÉSTICO

Existe algum local da casa que o paciente não frequenta? Por qual motivo?

Existe iluminação suficiente no ambiente doméstico?

As áreas de locomoção estão desimpedidas (sem móveis, tapetes, degraus no caminho)?

No banheiro tem piso antiderrapante e barras de apoio?

PLANO DE CUIDADOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE
Descrever as ações já realizadas referentes a este paciente:

*Orientar o paciente a trazer os resultados dos exames que realizados nos últimos 12 meses.

Carimbo e assinatura do profissional