

Questionário de triagem Suplementar para adultos idosos (SAOP 2)

1. Se fosse necessário, existe alguém que possa ajudar a cuidar de si?
 sim não
2. Você sente-se triste a maioria dos dias? sim não
3. Você perdeu interesse em coisas que costumava gostar (hobbies, comida, sexo, estar com amigos/família)? sim não
4. Numa escala de 1 a 10, gradue a sua qualidade de vida atual (10 é excelente e 1 é péssima)
5. Numa escala de 1 a 10, gradue a sua saúde atual em geral (10 é excelente e 1 é péssima)
6. Atividades de vida diária:

Você consegue vestir-se completamente sozinho?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> sim, mas com ajuda	<input type="checkbox"/> não
Você consegue comer sozinho(a)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> sim, mas com ajuda	<input type="checkbox"/> não
Você usa bengala, andarilho ou cadeira de rodas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> sim, mas ocasionalmente	<input type="checkbox"/> não
Você precisa de ajuda para sair da cama/cadeira?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> sim, mas com ajuda	<input type="checkbox"/> não
Você tem incontinência urinária?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> sim, às vezes	<input type="checkbox"/> não
Você precisa de ajuda para tomar banho?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> sim, mas com ajuda	<input type="checkbox"/> não
Você tropeçou ou caiu no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> não
Você consegue conduzir?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nunca conduzi	<input type="checkbox"/> não
Você consegue preparar as suas próprias refeições?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> sim, mas com ajuda	<input type="checkbox"/> não
Você é capaz de fazer compras?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> sim, mas com ajuda	<input type="checkbox"/> não

Você é capaz de cuidar das suas finanças?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> sim, mas com ajuda	<input type="checkbox"/> não
Você consegue usar o telefone?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> sim, mas com ajuda	<input type="checkbox"/> não
Você lembra-se de tomar as medicações?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> sim, mas com ajuda	<input type="checkbox"/> não

7. Você perdeu 3Kg ou mais nos últimos 6 meses, sem fazer dieta?
 Sim não
8. O seu apetite diminuiu nos últimos 3 meses?
 Sim não
9. Houve alguma mudança nos tipos de alimentos que você consegue comer?
 Sim não
10. Você é sempre capaz de pagar as medicações prescritas?
 Sim não
11. Você sente que dorme bem?
 Sim não

Assinatura do paciente ou representante legal

Data

Assinatura da pessoa que completou o formulário Parentesco com o (a) paciente

Por favor pare aqui. Obrigado!

Nome do paciente
Data de nascimento

Eu vou nomear 3 objetos (lápis, caminhão, livro) e vou-lhe pedir que repita agora e alguns minutos mais tarde para testar a sua memória.

12. Soletre a palavra “palhaço” de trás para frente. 5 pontos _____

13. Que dia é hoje?
Mês _____ Dia _____ Ano _____ Dia da semana _____ 4 pontos _____

14. Você consegue repetir os 3 objetos que eu mencionei antes?
 1 2 3 3 pontos _____

15. Quantos medicamentos/ervas/vitaminas você está a tomar?
_____ Nenhum

Informação adicional:

ECOG PS:
Peso habitual:
Peso atual:

Nutrição:

IMC:
Mini Nutricional(MNA) :
Necessita de referenciação Sim Não

Assistência Social:

Escala de Depressão geriátrica:
Mini Mental Status (MMSE):
Necessita de referenciação Sim Não

Assinatura do Médico

Dia e Hora