

Questionário de triagem Suplementar par adultos idosos (SAOP 2)

1. Se fosse necessário, existe alguém que possa ajudar a cuidar de você?
() sim () não
2. Você se sente triste mais dias do que não se sente? () sim () não
3. Você perdeu interesse em coisas que você costumava gostar (hobbies, comida, sexo, estar com amigos/família)? () sim () não
4. Numa escala de 1 a 10, gradue sua qualidade de vida no presente (10 é a melhor vida e 1 a pior)
5. Numa escala de 1 a 10, gradue sua saúde em geral no presente (10 é excelente e 1 ruim)
6. Atividades de vida diária:

Você consegue se vestir completamente sozinho?	() Sim	() sim, mas com ajuda	() não
Você consegue comer sozinho (a)?	() Sim	() sim, mas com ajuda	() não
Você usa bengala, andador ou cadeira de rodas?	() Sim	() sim, mas ocasionalmente	() não
Você precisa de ajuda para sair da cama/cadeira?	() Sim	() sim, mas com ajuda	() não
Você tem incontinência urinária?	() Sim	() sim, as vezes	() não
Você precisa de ajuda para tomar banho?	() Sim	() sim, mas com ajuda	() não
Você tropeçou ou caiu no último ano?	() Sim		() não
Você consegue dirigir?	() Sim	() Nunca dirigi	() não
Você consegue preparar suas próprias refeições?	() Sim	() sim, mas com ajuda	() não
Você é capaz de fazer compras?	() Sim	() sim, mas com ajuda	() não
Você é capaz de cuidar das próprias finanças?	() Sim	() sim, mas com ajuda	() não
Você consegue usar o telefone?	() Sim	() sim, mas com ajuda	() não
Você lembra de tomar suas medicações?	() Sim	() sim, mas com ajuda	() não

7. Você perdeu 3Kg ou mais nos últimos 6 meses, sem fazer dieta?
 Sim não
8. 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 pelas suas medicações prescritas?
 Sim não
11. Você sente que está dormindo 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 pedir que você repita agora e alguns minutos mais tarde para testar sua memória.

12. Solete a palavra “palhaço” de trás para frente. 5 pontos_____

13. Que dia é hoje?

Mês_____Dia_____Ano_____Dia da semana. 4 pontos_____

14. Você pode repetir os 3 objetos que eu mencionei antes?

1 2 3 3 pontos_____

15. Quantos medicamentos/ervas/vitaminas você está tomando? _____

Nenhum

Informação adicional:

ECOG PS:

Peso habitual:

Peso atual:

Nutrição:

IMC:

Mini Nutricional(MNA) :

Necessita Referência Sim Não

Assistente Social:

Escala de Depressão geriátrica:

Mini Mental Status(MMSE):

Necessita Referência Sim Não

Assinatura do Médico

Dia e Hora