

Município:		SIS:	
Acompanhante (nome e parentesco):			
<b>PONTUAÇÃO IVCF-20:</b>		<input type="checkbox"/> <b>ROBUSTO (0 a 6)</b>	<input type="checkbox"/> <b>RISCO DE FRAGILIZAÇÃO (7 a 14)</b>
		<input type="checkbox"/> <b>FRÁGIL (≥ 15)</b>	
<b>ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20</b> ( <a href="http://www.ivcf-20.com.br">www.ivcf-20.com.br</a> )			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.			<b>Pontuação</b>
<b>IDADE</b>	<b>1. Qual é a sua idade?</b>	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos <sup>0</sup> <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos <sup>3</sup>	
<b>AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</b>	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa <sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Regular ou ruim <sup>1</sup>	
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>	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.)	<b>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pontos
		<b>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
	<b>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?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde		
AVD Básica	<b>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Não		
<b>COGNIÇÃO</b>		<b>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não	
		<b>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não	
		<b>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>HUMOR</b>		<b>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
		<b>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>MOBILIDADE</b>	Alcance, preensão e pinça	<b>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não	
		<b>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	<b>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</b> • 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; <input type="checkbox"/> • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m <sup>2</sup> ; <input type="checkbox"/> • Circunferência da panturrilha a < 31 cm; <input type="checkbox"/> • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos; <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	Máximo 2 pontos
	Marcha	<b>15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
	<b>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não		
	Continência esfinteriana	<b>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>COMUNICAÇÃO</b>	Visão	<b>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.</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
	Audição	<b>19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b>	Polipatologia	<b>20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?</b> • Cinco ou mais doenças crônicas; <input type="checkbox"/> • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia; <input type="checkbox"/> • Internação recente, nos últimos 6 meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sim <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Não	Máximo 4 pontos
	Polifarmácia		
	Internação recente (< 6 meses)		
<b>PONTUAÇÃO FINAL (40 PONTOS)</b>			

**CONTEXTO SOCIAL**

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

Sim  Não

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

Sim  Não

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

Sim  Não

Tem independência econômica?

Sim  Não

**AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DOMÉSTICO**

Existe algum local da casa que o paciente não frequenta?

Não  Sim. Se sim, Por qual motivo?

Existe iluminação suficiente no ambiente doméstico?

Sim  Não

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

Sim  Não

No banheiro tem piso antiderrapante e barras de apoio?

Sim  Não

**OBSERVAÇÕES ADICIONAIS**

**QUALIFICAÇÃO DO(A) AVALIADOR(A) E DA UNIDADE DE SAÚDE**

Nome completo do(a) profissional  
Conselho de classe  
Nº de Conselho de Classe  
(ou carimbo + assinatura)

Nome da Unidade  
CNES  
Endereço Completo  
Telefone de Contato  
(ou carimbo da unidade)

**DATA DE PREENCHIMENTO DO DOCUMENTO:**