

INTRODUÇÃO

Líder, este caderno é seu, para cadastrar e acompanhar as pessoas idosas no domicílio. Ele contém os principais indicadores que nos levam a conhecer a realidade na qual vivem as pessoas, permitindo identificar necessidades de melhoria de qualidade de vida, seja ela na família ou na comunidade.

É um instrumento valioso e essencial para avaliação, tanto individual, quando realizamos a visita domiciliar, quanto da comunidade, quando realizamos a reunião para reflexão e avaliação, onde as informações são discutidas, compreendidas e nos apontam ações a serem utilizadas para nortear e aprimorar nossa missão.

Conhecendo a realidade, fica muito mais fácil identificar problemas e buscar soluções, até mesmo locais, para intervenção dos problemas apontados, através dos indicadores, da observação da moradia, comportamento das pessoas e situações vivenciadas durante a visita.

Lembre-se sempre líder, que o mais importante é utilizar-se das informações com sabedoria, para melhorar nossas ações, levando-nos assim a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

QUEM É A PESSOA IDOSA?

Segundo a Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994, idoso é a pessoa com 60 anos ou mais. Neste caderno só devem estar cadastradas as pessoas que já estiverem com 60 anos ou mais de idade.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO CADERNO

A. Cabeçalho

- **NOME:** anote o nome e o sobrenome da pessoa idosa, de preferência copiado de um documento ou da Caderneta de Saúde. Caso a pessoa goste de ser chamada pelo apelido, anote o apelido ao lado do nome. Aproveitando que está com o documento na mão, preencha também a data de nascimento e a idade;
- **ENDEREÇO:** o endereço serve para que você mesmo possa se situar bem e localizar com mais facilidade os idosos que acompanha;
- **SEXO:** coloque um X em masculino se o idoso for homem ou um X em feminino se for mulher;
- **DATA EM QUE FOI PREENCHIDO ESTE CADASTRO:** coloque o dia, mês e o ano da primeira visita realizada a esta pessoa idosa;
- **APOSENTADORIA:** pergunte se o idoso é aposentado e marque um X no sim ou no não conforme o caso;
- **MORADIA:**
 - **Sozinho**, quando ninguém mais mora naquela casa, apenas esta pessoa;
 - **Com a família**, se morar com o cônjuge – marido, mulher ou companheiro(a) – ou com os filhos, ou com parentes próximos;
 - **Outros**, se ele morar com pessoas que não são da família.
- **ESTADO CIVIL:** marque se a pessoa é solteira, casada ou viúva. Para aqueles que não serve nenhuma dessas opções, marque em outros;
- **OBSERVAÇÕES:** poderá utilizar estas linhas para anotar alguma observação que você achar importante;
- **ANO:** anote o ano em curso;
- **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS:** escreva no primeiro quadrado ao lado das setas >>>, o mês em que **iniciou o acompanhamento** a esta pessoa. Ex: abril. Nos quadrinhos seguintes, coloque os meses de seqüência, exemplo: maio, junho, julho, etc.

B. Indicadores

Na tabela, os nove itens chamam-se **INDICADORES**. Eles indicam como está a saúde do idoso. Para marcar qualquer um desses indicadores, utilize “**sim**” ou “**não**”. Vamos explicar cada um deles:

1. ATIVIDADE FÍSICA

Pergunte para a pessoa idosa no dia da visita, se ela fez alguma atividade física **nos últimos 3 dias**. Considerar entre essas atividades, a caminhada, sair para fazer compras, ir ao grupo de idosos, ao passeio, visitar filhos ou amigos ou outras atividades como andar de bicicleta ou participar de algum jogo que movimentem o corpo. Se a pessoa fez alguma dessas atividades nos últimos 3 dias, escreva “**sim**” no quadrinho correspondente ao mês. E se nos últimos 3 dias ela só ficou dentro de casa, não fez nenhuma atividade física, escreva “**não**”.

2. TOMAR LÍQUIDOS

Pergunte para a pessoa se no dia de **ontem** ela bebeu 2 litros de líquido. Esses líquidos poderão ser: água, leite, sucos de frutas, chás, sopas, vitaminas, chimarrão, tererê, água de côco, ou qualquer outro líquido, conforme os costumes da região. Se no dia de ontem, somando tudo o que ela tomou desses líquidos deu 2 litros ou mais, escreva “**sim**” no quadrinho correspondente ao mês. E se no dia de ontem, por qualquer motivo ela não tomou 2 litros, escreva “**não**”.

Obs.: Não são anotados nenhuma bebida alcoólica e nem os refrigerantes.

3. VACINA CONTRA PNEUMONIA

Para responder a este indicador, peça para ver a Caderneta de Saúde do Idoso ou a carteirinha de vacinação da pessoa idosa. A vacina contra pneumonia tem validade por 5 anos, portanto, verifique a data em que foi aplicada. Se a pessoa tomou esta vacina, anote no quadrinho correspondente ao mês da visita, a data em que foi vacinada e escreva “**sim**” até a próxima data que deverá ser revacinada, quando vencer os 5 anos. Dessa forma, você poderá lembrar a pessoa de quando deverá tomar a próxima dose. E se ainda não tomou essa vacina ou se já estiver vencida, escreva “**não**”.

4. VACINA CONTRA GRIPE

Da mesma forma como verificou sobre a vacina de pneumonia, para responder a este indicador, também deve observar na Caderneta de Saúde do Idoso ou na carteirinha de vacinação da pessoa idosa. Essa vacina tem validade por 1 ano, portanto, verifique a data em que foi aplicada. Se a pessoa tomou esta vacina, anote no quadrinho correspondente ao mês da visita, a data em que foi aplicada e escreva “**sim**” até a próxima data que deverá ser revacinada, quando esta vencer após 1 ano. Dessa forma, você poderá lembrar a pessoa de quando deverá tomar a próxima dose. E se ainda não tomou essa vacina ou se já estiver vencida, escreva “**não**”.

5. QUEDAS

Pergunte se o idoso caiu dentro ou fora de casa, nos últimos 30 dias ou depois da última visita. Deve ser considerado todo tipo de queda, não apenas aquela em que ele se machucou. Se a pessoa caiu, escreva “**sim**”; se não caiu, escreva “**não**”.

6. INCONTINÊNCIA URINÁRIA OU URINA SOLTA

Pergunte à pessoa idosa se ela perde urina espontaneamente ao menor esforço como tossir, por exemplo. Se ela confirmar, escreva “**sim**” no quadrinho correspondente; se disser que não, escreva “**não**”.

7. TRATAMENTO DA URINA SOLTA

Este indicador é uma seqüência do indicador número 6. Se a resposta acima foi “não”, não precisa perguntar sobre este indicador. Neste caso apenas faça um traço (—) no quadrinho correspondente. Mas se no indicador anterior a resposta foi “**sim**”, pergunte se já está fazendo tratamento por causa da urina solta. Caso já esteja fazendo tratamento, escreva “**sim**”; se ainda não está em tratamento, escreva “**não**”; caso ainda não esteja em tratamento, devemos orientar que marque consulta médica na Unidade Básica de Saúde. Na próxima visita certifique-se de que ela iniciou o tratamento.

8. DEPENDÊNCIA

Este indicador identifica se a pessoa é independente para realizar as atividades do dia-a-dia ou se ela precisa da ajuda de alguém para realizá-las. Para responder este indicador, utilize a Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa baseada em Katz, que se encontra no final de cada página. Pergunte cada um dos 5 itens e vá respondendo “**sim**” ou “**não**” conforme a situação, nos quadrinhos do mês correspondente à visita.

Explicando a Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa baseada em Katz

- 1. Banho:** a pessoa precisa de ajuda para tomar banho? Faça um (X) no quadrinho do Sim ou do Não conforme a resposta;
 - 2. Vestir-se:** a pessoa precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se? Note que aqui há duas funções a serem observadas: pegar as roupas e vestir-se. Se a pessoa necessita de ajuda para uma dessas duas funções, faça um (X) no quadrinho do SIM;
 - 3. Higiene pessoal:** a pessoa precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar? Note que aqui há três funções a serem observadas: ir ao banheiro, vestir-se e retornar. Mesmo que a pessoa necessite de ajuda para apenas uma dessas três funções, faça um (X) no quadrinho do SIM;
 - 4. Transferência:** a pessoa precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira? Esta palavra transferência, significa mudança de posição, deslocamento de um lugar para o outro, considerando neste caso, apenas o deslocamento da cama e da cadeira. Mesmo que a pessoa necessite de ajuda para apenas uma das transferências, faça um (X) no quadrinho do SIM;
 - 5. Alimentação:** a pessoa precisa de ajuda para comer? Faça um (X) no quadrinho do Sim ou do Não conforme a resposta;
- * **Conclusão:** se houve **uma** ou mais respostas “**SIM**”, esta pessoa será considerada **DEPENDENTE**. Neste caso responda “**SIM**” no quadrinho do **Indicador de número 8**.

9. MORTE

Quando a pessoa idosa que estava sendo acompanhada, morre, escreva “**sim**”; também deverá preencher todos os dados dessa pessoa na página 59 deste caderno.

C. Dificuldades que levaram ao não atendimento pelos Serviços de Saúde

Verifique na **página 58** as informações a serem preenchidas. Nesta página serão registrados os dados das pessoas idosas que foram encaminhadas a um Serviço de Saúde e que não foram atendidas.

Preencha com o nome completo da pessoa idosa, idade, as queixas principais, o nome do líder que encaminhou ou que acompanhou, o local para onde foi encaminhado, colocando o nome do Posto de Saúde ou outro local; é muito importante registrar a data e horário do não atendimento e o nome da pessoa responsável por aquele Serviço de Saúde; por último, escreva o motivo alegado para o não atendimento.

Por que é importante fazer esse registro?

O objetivo desse registro é o exercício da cidadania, a luta pelos direitos garantidos na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso. É uma maneira de comprometer o poder público a atender dignamente o ser humano.

Se vários idosos se queixam de não terem sido atendidos na Unidade Básica de Saúde e as lideranças comunitárias começam a se articular entre si, inicia-se na comunidade um processo de mobilização para mudança desse sistema de não atendimento ou de mau atendimento.

Estas informações devem ser levadas e discutidas no Conselho Municipal de Saúde e no Conselho de Direitos do Idoso. Esses Conselhos são espaços privilegiados de reivindicação do direito a melhores condições de saúde e cidadania.

D. Pessoas idosas acompanhadas que morreram

Se alguma pessoa idosa acompanhada morreu, preencha os dados solicitados na página 59: Nome, sexo, idade. Local da morte: faça um (X) no local onde ocorreu a morte. Em casa, no hospital, ou em outro local. A causa da morte que pode ser a que está escrita no atestado de óbito ou aquela que a família informou ou ainda que o líder presenciou. É muito importante descrever a história, ou seja, o que aconteceu com a pessoa idosa que fez desencadear a morte. Uma história bem contada com tudo o que aconteceu antes dela morrer, pode ajudar a prevenir outras mortes pela mesma causa.

Anote também por quanto tempo essa pessoa foi acompanhada pela Pastoral da Pessoa Idosa, com base na data em que foi cadastrada. Esta data encontra-se no cabeçalho do cadastro de cada pessoa acompanhada.

No dia da reunião mensal esses dados são passados para a FADI – Folha de Acompanhamento e Avaliação Mensal Domiciliar do Idoso, que é enviada a cada mês para a Coordenação Nacional da Pastoral da Pessoa Idosa em Curitiba.

E. Outras orientações importantes

- Ao completar o preenchimento dos 12 meses de acompanhamento, passe todos os dados da pessoa idosa para uma nova folha do caderno ou para um caderno novo, caso este esteja todo preenchido. Atualize a idade da pessoa acompanhada e mais algum outro dado que possa ter se modificado, como estado civil ou outro;
- Nunca apague o caderno. O registro de cada pessoa é muito importante. Mesmo que a pessoa tenha sido acompanhada por apenas um mês e veio a falecer ou mudou de comunidade, mantenha essas informações em seu caderno;
- Quando seu caderno já estiver todo preenchido, guarde-o, ele pertence à você, Líder. Ele é a história da sua missão junto à comunidade;
- Durante a visita, sempre procure falar com a pessoa idosa e acima de tudo ouça as suas histórias; caso ela não consiga passar as informações que você necessita para anotar no caderno, consulte a pessoa que a acompanha ou o seu cuidador;
- O segredo profissional é uma arte que deve ser exercitada pelo líder comunitário. Muitas informações que você ouviu da pessoa que acompanha, pode fazer parte de um segredo que a pessoa lhe confiou. Neste caso, essas informações, nunca poderão ser compartilhadas com ninguém. Caso seja para crescimento do grupo de líderes, ou para o bem da própria pessoa, que necessite de algum outro acompanhamento ou encaminhamento, pode ser levado para discutir durante a reunião mensal de reflexão e avaliação, junto com os demais líderes, porém, comenta-se o caso e não a pessoa.

F. Resumo

Para preencher o Resumo de todas as pessoas idosas cadastradas neste caderno, siga as instruções que se encontram na **página 60**. Observe que o mesmo resumo encontra-se também na **página 62**.

Por que o mesmo resumo está colocado aqui duas vezes? Porque o caderno está previsto para durar dois anos. Aqui neste caderno cabem 26 pessoas idosas; o ideal é que o líder acompanhe uma média de 10 pessoas idosas através da visita domiciliar mensal; assim, quando estiverem preenchidos os 12 primeiros meses, o líder deve passar a limpo nas páginas que ainda estão em branco, todas as pessoas idosas que estiver acompanhado. E assim, o resumo da página 62 servirá para o segundo ano.

G. Índice

Na **página 64**, escrever os nomes das pessoas idosas cadastradas neste caderno, cada um conforme as páginas que estão inscritos; dessa forma, fica fácil localizar quando quiser buscar alguma informação sobre esta ou aquela pessoa.

H. Este caderno pertence a:

Líder, preencha seus dados na **página 63**.

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

--	--	--

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não

Mora: () sozinho () com a família () outro

Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

--	--	--

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

--	--	--

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

--	--	--

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não

Mora: () sozinho () com a família () outro

Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não

Mora: () sozinho () com a família () outro

Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data em que foi preenchido esse cadastro: ____ / ____ / ____

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

1 – A PESSOA IDOSA fez alguma ATIVIDADE FÍSICA nos últimos 3 dias? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A PESSOA IDOSA BEBEU no dia de ontem no mínimo DOIS LITROS DE LÍQUIDO ? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (de cinco em cinco anos)			
4 – A PESSOA IDOSA está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)			
5 – A PESSOA IDOSA CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?			
6 – A PESSOA IDOSA está com URINA SOLTA ?			
7 – A PESSOA IDOSA com urina solta está em TRATAMENTO MÉDICO ? (tratamento por causa da urina solta)			
8 – A PESSOA IDOSA é DEPENDENTE ?* (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
9 – A PESSOA IDOSA morreu neste mês? (preencha os dados na página 59)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "SIM", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "SIM" no indicador 8

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Banho	Precisa de ajuda para tomar banho?						
2	Vestir-se	Precisa de ajuda para pegar as roupas e vestir-se?						
3	Higiene pessoal	Precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir-se e retornar?						
4	Transferência	Precisa de ajuda para deitar-se e levantar-se da cama e cadeira?						
5	Alimentação	Precisa de ajuda para comer?						

Escala de Avaliação Funcional da Pastoral da Pessoa Idosa, baseada em Katz

Aposentado: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro

Observações: _____

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

DIFICULDADES QUE LEVARAM AO NÃO ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Se alguma PESSOA IDOSA não foi atendida pelo serviço de saúde, preencha os seguintes dados:

1. Nome: _____ Idade: _____

Queixas (ou doença): _____

Líder ou quem encaminhou: _____

Para onde foi encaminhada: _____

Data: ____ / ____ / ____ Hora da negação do atendimento: _____

Responsável pelo atendimento no serviço de saúde: _____

Motivo alegado para o não atendimento: _____

.....

2. Nome: _____ Idade: _____

Queixas (ou doença): _____

Líder ou quem encaminhou: _____

Para onde foi encaminhada: _____

Data: ____ / ____ / ____ Hora da negação do atendimento: _____

Responsável pelo atendimento no serviço de saúde: _____

Motivo alegado para o não atendimento: _____

.....

3. Nome: _____ Idade: _____

Queixas (ou doença): _____

Líder ou quem encaminhou: _____

Para onde foi encaminhada: _____

Data: ____ / ____ / ____ Hora da negação do atendimento: _____

Responsável pelo atendimento no serviço de saúde: _____

Motivo alegado para o não atendimento: _____

.....

4. Nome: _____ Idade: _____

Queixas (ou doença): _____

Líder ou quem encaminhou: _____

Para onde foi encaminhada: _____

Data: ____ / ____ / ____ Hora da negação do atendimento: _____

Responsável pelo atendimento no serviço de saúde: _____

Motivo alegado para o não atendimento: _____

PESSOAS IDOSAS ACOMPANHADAS QUE MORRERAM

Se alguma PESSOA IDOSA **acompanhada** morreu, preencha os seguintes dados:

1. Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Local da morte: () Casa () Hospital () Outro: _____

Causa da morte: _____

História da morte (o que aconteceu com a PESSOA IDOSA que fez desencadear na morte):

Tempo de acompanhamento pela Pastoral da Pessoa Idosa: _____

.....
2. Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Local da morte: () Casa () Hospital () Outro: _____

Causa da morte: _____

História da morte (o que aconteceu com a PESSOA IDOSA que fez desencadear na morte):

Tempo de acompanhamento pela Pastoral da Pessoa Idosa: _____

.....
3. Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Local da morte: () Casa () Hospital () Outro: _____

Causa da morte: _____

História da morte (o que aconteceu com a PESSOA IDOSA que fez desencadear na morte):

Tempo de acompanhamento pela Pastoral da Pessoa Idosa: _____

.....
4. Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Local da morte: () Casa () Hospital () Outro: _____

Causa da morte: _____

História da morte (o que aconteceu com a PESSOA IDOSA que fez desencadear na morte):

Tempo de acompanhamento pela Pastoral da Pessoa Idosa: _____

RESUMO DE TODAS AS PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS NESTE CADERNO

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

A – Número de FAMÍLIAS.			
B – Número de PESSOAS IDOSAS.			
1 – PESSOAS IDOSAS que fizeram atividades físicas nos últimos 3 dias. (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – PESSOAS IDOSAS que bebem pelo menos dois litros de líquido ao dia. (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – PESSOAS IDOSAS que estão com a vacina contra Pneumonia em dia. (de cinco em cinco anos)			
4 – PESSOAS IDOSAS que estão com a vacina contra Gripe em dia. (uma vez ao ano)			
5 – PESSOAS IDOSAS que caíram no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias.			
6 – PESSOAS IDOSAS que estão com urina solta.			
7 – PESSOAS IDOSAS com urina solta que estão em tratamento médico. (tratamento por causa da urina solta)			
8 – PESSOAS IDOSAS dependentes.			
9 – PESSOAS IDOSAS que morreram neste mês.			

- Na primeira linha, preencha o ano e o mês correspondente aos dados que serão informados;
- Na linha da letra A, anote no quadradinho do mês correspondente, o número de famílias que você acompanha;
- Na linha da letra B, anote no quadradinho do mês correspondente, o número total de pessoas idosas que você acompanha, todas as que estão cadastradas neste caderno, mesmo se você não conseguiu visitar alguma neste mês;
- Nas linhas seguintes, que estão numeradas de 1 a 9, siga os seguintes passos: começando pela primeira pessoa cadastrada neste caderno, verifique no indicador número 1, se a resposta é “sim” ou se tem o sinal de (+). Observe em todas as folhas de cadastro das outras pessoas acompanhadas, e vá somando todas as respostas “sim” ou (+), desse mesmo indicador número 1. Coloque no quadradinho do mês correspondente, no resumo, o total de pessoas acompanhadas que fizeram atividades físicas neste mês. Em seguida siga os mesmos passos para os demais indicadores, sempre somando apenas as respostas “sim” ou os sinais de (+), colocando o total da soma em cada quadradinho correspondente ao seu indicador;
- Esse resumo deverá ser preenchido a cada mês, antes de ir para a reunião mensal de avaliação e reflexão. Dessa maneira facilita o preenchimento da FADI, junto com os demais líderes comunitários;
- Os dados desta folha, facilitam a visualização de sua missão desenvolvida mês a mês junto às pessoas idosas.

RESUMO DE TODAS AS PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS NESTE CADERNO

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

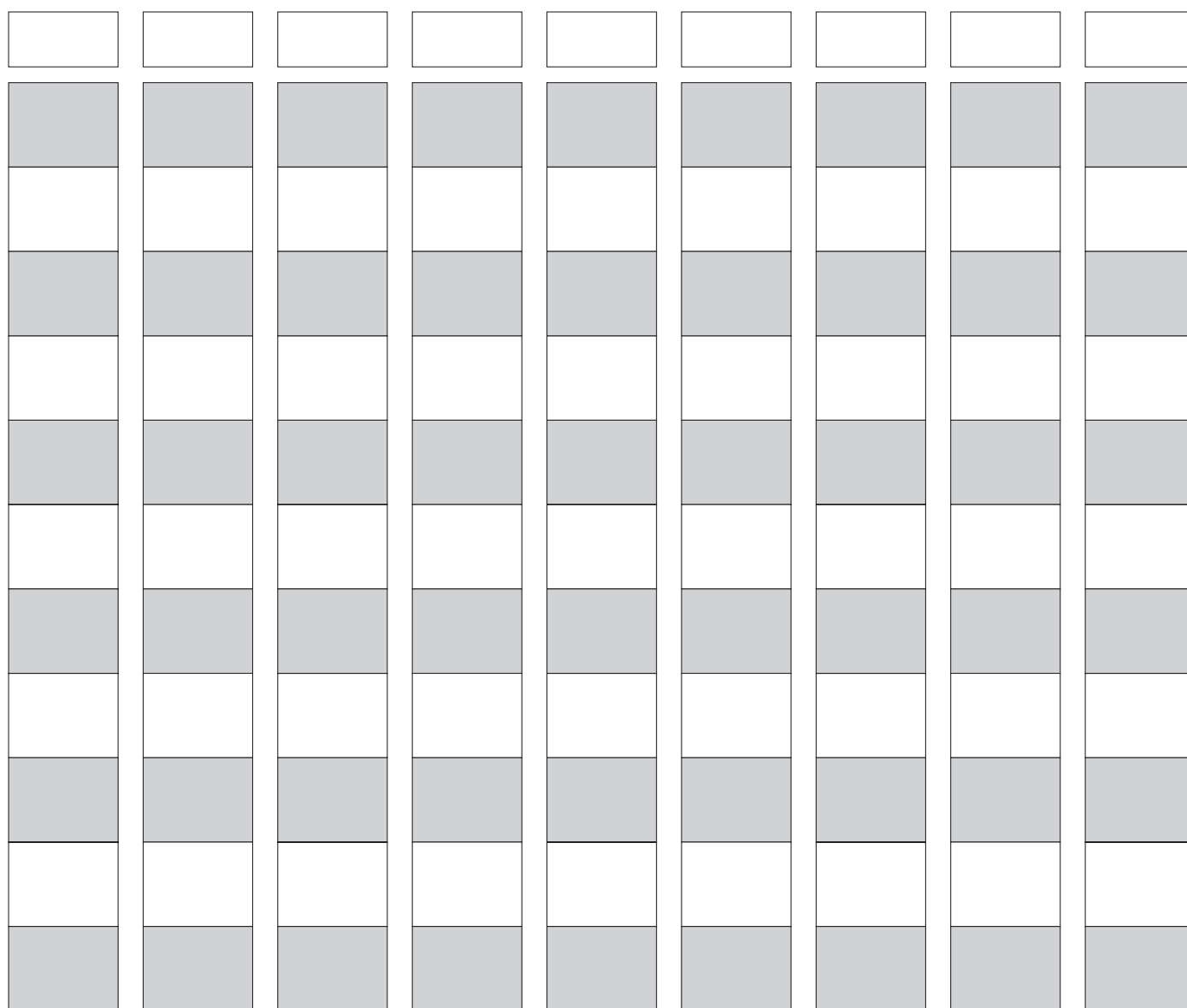
A – Número de FAMÍLIAS.			
B – Número de PESSOAS IDOSAS.			
1 – PESSOAS IDOSAS que fizeram atividades físicas nos últimos 3 dias. (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – PESSOAS IDOSAS que bebem pelo menos dois litros de líquido ao dia. (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – PESSOAS IDOSAS que estão com a vacina contra Pneumonia em dia. (de cinco em cinco anos)			
4 – PESSOAS IDOSAS que estão com a vacina contra Gripe em dia. (uma vez ao ano)			
5 – PESSOAS IDOSAS que caíram no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias.			
6 – PESSOAS IDOSAS que estão com urina solta.			
7 – PESSOAS IDOSAS com urina solta que estão em tratamento médico. (tratamento por causa da urina solta)			
8 – PESSOAS IDOSAS dependentes.			
9 – PESSOAS IDOSAS que morreram neste mês.			

- Na primeira linha, preencha o ano e o mês correspondente aos dados que serão informados;
- Na linha da letra A, anote no quadradinho do mês correspondente, o número de famílias que você acompanha;
- Na linha da letra B, anote no quadradinho do mês correspondente, o número total de pessoas idosas que você acompanha;
- Nas linhas seguintes, que estão numeradas de 1 a 9, siga os seguintes passos: começando pela primeira pessoa cadastrada neste caderno, verifique no indicador número 1, se a resposta é “sim” ou se tem o sinal de (+). Observe em todas as folhas de cadastro das outras pessoas acompanhadas, e vá somando todas as respostas “sim” ou (+), desse mesmo indicador número 1. Coloque no quadradinho do mês correspondente, no resumo, o total de pessoas acompanhadas que fizeram atividades físicas neste mês. Em seguida siga os mesmos passos para os demais indicadores, sempre somando apenas as respostas “sim” ou os sinais de (+), colocando o total da soma em cada quadradinho correspondente ao seu indicador;
- Esse resumo deverá ser preenchido a cada mês, antes de ir para a reunião mensal de avaliação e reflexão. Dessa maneira facilita o preenchimento da FADI, junto com os demais líderes comunitários;
- Os dados desta folha, facilitam a visualização de sua missão desenvolvida mês a mês junto às pessoas idosas.

RESUMO DE TODAS AS PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS NESTE CADERNO

ANO: _____ **MÊS A QUE SE REFEREM OS DADOS >>>>**

A – Número de FAMÍLIAS.			
B – Número de PESSOAS IDOSAS.			
1 – PESSOAS IDOSAS que fizeram atividades físicas nos últimos 3 dias. (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – PESSOAS IDOSAS que bebem pelo menos dois litros de líquido ao dia. (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – PESSOAS IDOSAS que estão com a vacina contra Pneumonia em dia. (de cinco em cinco anos)			
4 – PESSOAS IDOSAS que estão com a vacina contra Gripe em dia. (uma vez ao ano)			
5 – PESSOAS IDOSAS que caíram no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias.			
6 – PESSOAS IDOSAS que estão com urina solta.			
7 – PESSOAS IDOSAS com urina solta que estão em tratamento médico. (tratamento por causa da urina solta)			
8 – PESSOAS IDOSAS dependentes.			
9 – PESSOAS IDOSAS que morreram neste mês.			



ESTE CADERNO PERTENCE À:

Nome do Líder: _____

Comunidade: _____

Paróquia: _____

Município: _____ Estado: _____

ÍNDICE

Introdução e Instruções para preenchimento do caderno	1-5
NOME DA PESSOA IDOSA ACOMPANHADA	
Folha N.º 1 – _____	6-7
Folha N.º 2 – _____	8-9
Folha N.º 3 – _____	10-11
Folha N.º 4 – _____	12-13
Folha N.º 5 – _____	14-15
Folha N.º 6 – _____	16-17
Folha N.º 7 – _____	18-19
Folha N.º 8 – _____	20-21
Folha N.º 9 – _____	22-23
Folha N.º 10 – _____	24-25
Folha N.º 11 – _____	26-27
Folha N.º 12 – _____	28-29
Folha N.º 13 – _____	30-31
Folha N.º 14 – _____	32-33
Folha N.º 15 – _____	34-35
Folha N.º 16 – _____	36-37
Folha N.º 17 – _____	38-39
Folha N.º 18 – _____	40-41
Folha N.º 19 – _____	42-43
Folha N.º 20 – _____	44-45
Folha N.º 21 – _____	46-47
Folha N.º 22 – _____	48-49
Folha N.º 23 – _____	50-51
Folha N.º 24 – _____	52-53
Folha N.º 25 – _____	54-55
Folha N.º 26 – _____	56-57
Dificuldades que levaram ao não atendimento pelo serviço de saúde	58
Pessoas idosas acompanhadas que morreram	59
Resumo de todas as pessoas idosas cadastradas neste caderno	60-63
Ficha de identificação do líder	63