



CADERNO DO LÍDER COMUNITÁRIO

ESTE CADERNO PERTENCE A:

Nome(s) do(s) Líder(es) _____

Comunidade _____

Paróquia _____

Município _____ Estado _____

APRESENTAÇÃO

Amadas/os Líderes da Pastoral da Pessoa Idosa (PPI)!

“Tudo o que fizerdes ao menor dos meus é a Mim que o fareis” (Mt 25,40)

Com estas belas palavras de Jesus, dirijo-me a cada um/a de vocês. Esta passagem de Mateus nos lembra do quanto Jesus ama todas as pessoas, preferencialmente aquelas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, seja pela pobreza, pelo abandono, pela solidão, isolamento, pela situação de fragilidade em função da idade avançada ou de doenças, às vezes sofrendo maus tratos, violência, negligência(...). Vocês já pensaram na grandeza da missão que está em suas mãos? Somente quem vai de casa em casa, como fazem vocês Líderes da PPI, sabem quantas situações penosas e, às vezes, até degradantes vivem tantas pessoas idosas. Vocês já se deram conta de que em cada pessoa destas é Jesus que vocês encontram ao visitá-las?

Todos querem que as pessoas idosas tenham Vida, Dignidade e Esperança. Ao pensar nisso, incluímos neste Caderno as informações de acompanhamento no sentido de estimular cada pessoa idosa a se esforçar para manter-se o maior tempo possível independente, autônoma, em boas condições em todos os sentidos. Com certeza, você Líder, com a sua perseverança, a sua dedicação, o seu amor e a sua doação, consciente das necessidades dará a orientação para a prática de bons hábitos, animando cada pessoa idosa, na visita todos os meses. **Quanto bem você pode fazer na sua comunidade!**

Lembro-lhes das palavras do Papa João Paulo II, que falou tão afavelmente pouco antes de morrer, referindo-se às pessoas idosas. Assim ele escreveu: *“Que cada comunidade acompanhe com uma compreensão amorosa todos os que envelhecem”*. E, eu gostaria de completar: *“Que nenhuma pessoa idosa fique sem ser visitada por um Líder da Pastoral da Pessoa Idosa”*.

Que privilégio e responsabilidade vocês queridos Líderes têm com esta missão de visitar as pessoas idosas, que certamente ficam à sua espera, especialmente aquelas que se encontram, às vezes, tristes, desanimadas, deprimidas.

Para contribuir na construção da Rede de Solidariedade entre as famílias peçam a ajuda do Espírito Santo e pouco a pouco convidem outras pessoas para que sejam também voluntárias como vocês. Existe tanta gente boa que, às vezes, busca o que fazer para preencher o seu tempo. Assim, também elas vão pegando o gosto para essa missão. Precisamos de muitos voluntários para poder concretizar esse mandato de João Paulo II, pois são tantas as comunidades que ainda não tem pastoral e milhares de pessoas idosas que ainda não recebem a visita de um Líder comunitário.

E, além de criarmos à nossa volta essa Rede solidária, também vamos incentivando a criação e o fortalecimento de Serviços na comunidade, ou seja, da Rede de Apoio à Pessoa Idosa organizados pelo Poder Público, como a UBS – Unidade Básica de Saúde, os CRAS – Centro de Referência de Assistência Social, o CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social. E ainda, outros Serviços de Apoio e atendimento, onde você possa encaminhar e encontrar solução para as situações que, muitas vezes, encontra nas famílias visitadas.

Por fim, queridos Líderes, sua caminhada precisa refletir o que Jesus disse, principalmente, ao tentar fazer uma boa articulação com todos esses Serviços para que as pessoas idosas possam ser bem atendidas em suas necessidades. Coragem queridos Líderes! Vamos vivendo, espalhando, plantando o espírito de paz, de solidariedade, de benquerença entre todos!

Com meu afetuoso abraço,


Irmã Terezinha Tortelli

Coordenadora Nacional da Pastoral da Pessoa Idosa

INTRODUÇÃO

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

É um instrumento valioso e essencial para avaliação individual quando realizamos a visita domiciliar, e da comunidade quando realizamos a reunião mensal de avaliação e reflexão para discutir as informações que poderão apontar ações para nortear e aprimorar nossa missão.

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

O conhecimento da realidade e das necessidades da população idosa de sua comunidade contribuirá para que você possa entrar em contato com os recursos disponíveis no seu bairro e no seu município para atendimento da pessoa idosa. Os serviços públicos de apoio fundamentais no atendimento e promoção dos direitos da pessoa idosa são: CRAS, que oferece serviços e benefícios às famílias em situação de vulnerabilidade social e a UBS que oferece atendimento na área da saúde. É importante o diálogo com os profissionais destes serviços para que as famílias acompanhadas tenham acesso aos seus direitos e sejam atendidas em suas necessidades.

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, pessoa idosa no Brasil, é a pessoa com 60 anos ou mais. Neste Caderno cadastrar **somente** as pessoas que já estiverem com 60 anos ou mais de idade.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO CADERNO

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA

Nome – anote o nome e o sobrenome da pessoa idosa, de preferência copiando de um documento ou da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 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.

Endereço – anote a rua, o número, o bairro e o telefone, para que você possa localizar com facilidade as pessoas idosas que acompanha; além de, facilitar o encaminhamento aos Serviços de Apoio, e dará credibilidade às pessoas que colaboram com a PPI e poderão também conhecer esta realidade.

Idade – preencha este item com a idade atual da pessoa idosa. Lembre-se de atualizar a idade dessa pessoa, após 12 meses de acompanhamento, quando passar a limpo o cadastro em outra folha.

Alfabetizado – pergunte à pessoa idosa se sabe ler e escrever. Coloque (X) em Sim ou Não conforme a resposta.

Sexo – coloque um (X) em masculino se a pessoa idosa for homem ou um (X) em feminino se for mulher.

Data em que foi preenchido este Cadastro – coloque o dia, o mês e o ano da primeira visita realizada à pessoa idosa. **Ao passar para outra folha, após 12 meses de acompanhamento, mantenha esta mesma data** para saber há quanto tempo está sendo acompanhada.

Aposentado/Pensionista - pergunte à pessoa idosa se é aposentada ou pensionista e marque com um (X) no SIM ou no NÃO conforme o caso.

Caso não seja Aposentado/Pensionista – pergunte se a pessoa idosa recebe o **Benefício de Prestação Continuada (BPC)**. Se recebe, marque um (X) para Sim. Caso não receba, marque um (X) para Não.

Atenção: caso tenha 65 anos completos ou mais e não seja aposentada, nem pensionista e nem receba o benefício (pagamento do BPC), oriente para procurar o Serviço Social da Prefeitura, ou o Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, para avaliação e informação.

Mora – marque um (X) conforme a situação abaixo:

- **Sozinho** – quando ninguém mais mora naquela casa, apenas esta pessoa idosa;

- **Com a família** – se morar com o cônjuge (marido, mulher ou companheiro/a), ou com filhos, ou com parentes próximos;

- **Outros** – se a pessoa idosa mora com outras pessoas que não sejam da família.

Estado Civil – marque um (X) conforme a situação. Lembre-se de atualizar os dados desta informação durante o acompanhamento, quando tomar conhecimento de que houve alteração no estado civil.

Observações – poderá utilizar estas linhas para anotar alguma informação que você achar importante.

INFORMAÇÕES DO ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR

Ano – anote o ano das informações.

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. Exemplo: abril. Nos quadrinhos seguintes, coloque os meses de sequência, exemplo: maio, junho, julho etc.

Líder, a visita domiciliar pode sinalizar importantes informações para conhecer, particularmente, a realidade da pessoa idosa, tanto sobre as condições de sua saúde, seus hábitos, como a sua situação de fragilidade. Chamamos a atenção para o fato de que em cada folha será cadastrada uma pessoa idosa; e cada folha constitui-se de dez(10) informações para que sejam registradas nas doze(12) colunas, significando que a pessoa idosa será visitada, pelo menos, 12 vezes durante o ano. Para anotar as informações de cada linha, utilize **sim** ou **não** conforme as explicações abaixo:

Fazer Atividade Física – Pergunte para a pessoa idosa se nos últimos dois dias fez alguma atividade física. Caso tenha praticado escreva SIM no Caderno. Lembrando que o ideal é que a pessoa idosa pratique alguma atividade física **pelo menos 3 vezes na semana**. Entre essas atividades, a caminhada: para fazer compras, passeios, visitar filhos ou amigos e ainda andar de bicicleta ou participar de algum jogo que movimente o corpo. Se a pessoa idosa nos últimos 2 dias NÃO fez atividade física considerar NÃO.

Beber Líquidos – Pergunte para a pessoa idosa se no dia de ontem ela bebeu dois

litros de líquidos, em caso afirmativo escreva SIM no Caderno. Lembrando que o ideal é que a pessoa consiga realmente beber **2 litros de líquidos, TODOS OS DIAS** do mês. Esses líquidos poderão ser **água**, leite, sucos de frutas, chás, sopas, vitaminas, chimarrão, tererê, água do côco, ou outro líquido, conforme os costumes da região. Caso a pessoa idosa não tenha esse hábito de no dia a dia tomar 2 litros de líquido, escreva NÃO. Observação: As bebidas alcoólicas e os refrigerantes não serão consideradas.

Vacina contra Pneumonia - O esquema da vacina contra a Pneumonia é tomar **1 (uma) dose e apenas 1 (um) reforço 5 (cinco) anos após a dose inicial**. Para responder esta informação solicite para comprovação, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Caso a pessoa idosa esteja com esse esquema em dia, escreva SIM no Caderno e anote a data que tomou. Para a pessoa idosa que não esteja com o esquema completo, escreva NÃO no Caderno.

Atenção: A vacina contra a pneumonia é aplicada nos indivíduos de 60 anos e mais que vivem em instituições fechadas como: casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso, e nos acamados no domicílio, cadeirantes, portadores de doenças do coração, dos pulmões, dos rins, diabetes com uso de insulina, imunodeficiência congênita ou adquirida e portadores de HIV.

Vacina contra a Gripe – Para responder esta informação é necessário a comprovação /apresentação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Para que a resposta seja considerada em dia, é preciso que a pessoa idosa tenha tomado a vacina na última campanha de vacinação. Neste caso, escreva SIM no Caderno, registrando também o dia, o mês e o ano da aplicação. Dessa maneira facilita o acompanhamento dos demais meses, considerando que estará em dia até a próxima campanha de vacinação anual. Considerar NÃO caso tenha tomado essa vacina há mais de 12 meses.

Atenção: todas as pessoas com 60 anos ou mais têm direito a Vacina contra a gripe gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde. Fique atento à Campanha anual de vacinação e estimule/incentive todas as pessoas idosas de sua comunidade a se vacinarem.

Quedas – Pergunte se a pessoa idosa 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 ela se machucou. Se a pessoa caiu, escreva SIM; se ela não caiu, escreva NÃO.

Internação por Quedas – Esta informação é uma sequência da anterior. Se houve a queda e necessitou ficar internada no hospital em consequência dela, anote SIM. **Considere somente a internação por causa da queda e não internação por outros motivos.** Caso tenha sofrido a queda mas não houve necessidade de internação escreva NÃO.

Incontinência Urinária (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; caso contrário, escreva NÃO.

Tratamento Médico da Incontinência Urinária – Lembramos que, esta informação complementa a anterior. Portanto, se a resposta acima foi NÃO, nem pergunte se a pessoa está em tratamento, faça apenas um traço(____) no quadrinho correspondente. Mas, se a resposta foi SIM na informação anterior, pergunte se já está fazendo tratamento médico por causa da urina solta. Caso já esteja fazendo tratamento, escreva SIM. Se ainda não está em tratamento devido à urina solta, escreva NÃO. Neste caso, durante a visita de acompanhamento preste informações e orientações para agendar uma consulta na Unidade Básica de Saúde. Na próxima visita, certifique-se de que houve procura pelo atendimento no serviço de saúde.

Dependência – Esta informação é importante para identificar se a pessoa idosa é independente para realizar as atividades do dia a dia ou **se precisa de ajuda de alguém para realizá-las.** Para responder esta informação, pergunte cada um dos 5 itens da escala de avaliação funcional da Pastoral da Pessoa Idosa baseada em Katz, impressa no final de cada folha deste Caderno. Para ajudar a entender como marcar (X) para SIM ou (X) para NÃO apresentamos as explicações sobre o significado de cada item dessa escala a seguir:

EXPLICANDO A ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA PASTORAL DA PESSOA IDOSA BASEADA EM KATZ

1. **Banho** – a pessoa idosa precisa de ajuda para tomar banho? Faça (X) no quadrinho do SIM ou do NÃO conforme a resposta;
2. **Vestir-se** – a pessoa idosa 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 idosa necessita de ajuda para uma dessas duas funções, faça (X) no quadrinho SIM;
3. **Higiene pessoal** - a pessoa idosa 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 idosa necessite de ajuda para apenas uma dessas três funções, faça (X) no quadrinho SIM.
4. **Transferência** - a pessoa idosa 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 (X) no quadrinho SIM;
5. **Alimentação** - a pessoa idosa precisa de ajuda para comer? Faça (X) no quadrinho 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 9.

Morte – Se a pessoa idosa que estava sendo acompanhada morreu, escreva SIM no quadrinho correspondente. É importante lembrar-se de preencher todos os dados dessa pessoa na página 64, conforme orientações a seguir:

- a. **Nome** – Escreva o nome completo da pessoa idosa que morreu, de acordo com o que está no seu cadastro;
- b. **Sexo** – Marque (X) em masculino se a pessoa idosa que morreu for homem; ou um (X) em feminino se for mulher.
- c. **Idade** – Escreva quantos anos a pessoa idosa tinha por ocasião da morte. Confira com a data de nascimento que consta na folha de acompanhamento, para ficar a idade exata.
- d. **Local da Morte** – Marque um (X) apenas numa das opções a seguir:

Casa – se a pessoa idosa acompanhada morreu no domicílio dela; **Hospital** – se morreu dentro do hospital. **OUTRO** – se morreu em outro local. Ou seja: na rua, dentro de um veículo, na casa de outras pessoas, entre vários outros. E no espaço para narrar a História da morte, registre o nome do OUTRO local da morte.

- e. **Causa da Morte** – As informações podem ser obtidas em diferentes fontes, como do Atestado de Óbito, dos familiares, ou por meio da sua observação direta, que você Líder presenciou.
- f. **História da Morte** – A partir de dados obtidos você Líder narra uma história com detalhes na descrição de tudo o que aconteceu com a pessoa idosa, que a levou à morte. Essa descrição detalhada ajudará na definição correta da **causa da morte**. Conte com suas próprias palavras a sequência de fatos que fez desencadear a morte. Com isto a Pastoral poderá direcionar estratégias de ações para contribuir na condução de políticas públicas quanto à prevenção de determinadas causas de morte.
- g. **Tempo de Acompanhamento pela Pastoral da Pessoa Idosa** – Primeiramente verifique no cadastro o início de seu acompanhamento. A seguir, anote quantos anos e meses essa pessoa idosa que morreu foi acompanhada pela Pastoral da Pessoa Idosa.

DIFICULDADES QUE LEVARAM AO NÃO ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS DE APOIO

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 relevante porque, com isso, a Pastoral da Pessoa Idosa terá melhores condições de ser parceira do poder público no atendimento com dignidade para todas as pessoas. Se várias pessoas idosas se queixam de não serem atendidas nos Serviços de Apoio; se as lideranças comunitárias começarem a trabalhar articuladamente, certamente vai refletir na comunidade, iniciando-se, assim, um processo de mobilização para mudança, de querer de alguma forma melhorar esse sistema de não atendimento ou de mau atendimento para as pessoas idosas deste país.

Informações importantes que deverão ser preenchidas constam na página 62 do Caderno. Aqui serão registrados **somente** os dados das pessoas idosas que foram encaminhadas a algum Serviço de Apoio e que não foram atendidas. (UBS – Unidade

Básica de Saúde, CRAS – Centro de Referência de Assistência Social, CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Hospital, Conselhos locais ou Municipais de Saúde, de Assistência, dos Direitos da Pessoa Idosa, Ministério Público, Posto policial, Delegacia de Proteção ao Idoso, entre outros existentes na localidade).

Preencha todos os dados dessa pessoa conforme as orientações a seguir:

- a. Nome** – Escreva o nome completo da pessoa idosa que foi encaminhada e não foi atendida, de acordo com o que está no seu cadastro;
- b. Idade** – Coloque a idade em anos completos.
- c. Sexo** – Marque um (X) em masculino se a pessoa idosa encaminhada for homem; ou um (X) em feminino se for mulher.
- d. Motivo do encaminhamento** – Registre a informação que motivou você Líder a encaminhar essa pessoa idosa, de acordo com as suas observações na visita domiciliar, ou com a descrição da pessoa idosa ou de seus familiares.
- e. Para onde foi encaminhada** – Escreva aqui o nome do Serviço de Apoio para onde foi encaminhada a pessoa idosa.
- f. Quem encaminhou** – Escreva aqui o nome da pessoa que orientou a pessoa idosa a procurar esse Serviço de Apoio e principalmente a sua função.
- g. Data da procura pelo Serviço de Apoio** – Registre o dia, o mês e o ano em que a pessoa idosa procurou o Serviço de Apoio.
- h. Hora da negação do atendimento** – Anote também a hora em que a pessoa idosa procurou o Serviço de Apoio e não foi atendida.
- i. Responsável pelo não atendimento** – Anote o nome da pessoa que passou a informação sobre a impossibilidade do atendimento e principalmente a sua função.
- j. Motivos alegados para o não atendimento** – Registre a justificativa para o não atendimento.

RESUMO MENSAL DAS PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS NESTE CADERNO

A Pastoral recomenda que o líder, na visita domiciliar mensal, acompanhe, em média 10 pessoas idosas. O Caderno foi elaborado para durar dois(2) anos, por isso ao final deste Caderno encontram-se 2 resumos – um para cada ano. Líder, para preencher o resumo mensal das pessoas idosas cadastradas neste Caderno, siga as instruções que se encontram na página 66 e que se repetem na página 68;

RESUMO ANUAL DE INDICADORES DE FRAGILIDADE

Líder, como você pode perceber, o resumo mensal que é transcrito na FADOPI, não contempla informações preciosas que podem indicar fragilidade das pessoas idosas que você acompanha e fazem parte somente do seu Caderno. O resumo anual será o instrumento utilizado para apresentar resultados interessantes sobre a situação de fragilidade das pessoas idosas acompanhadas pela Pastoral da Pessoa Idosa em todo o Brasil. Para fazer isso, você desempenha um papel decisivo e dependemos de sua ajuda. Precisamos contar com você para preencher os resumos das páginas 70 e 73 onde constam as instruções. Basta preenchê-lo apenas uma vez ao ano.

INDICE

Na página 75, transcreva os nomes das pessoas idosas, de acordo com as páginas em que estão cadastradas. Assim, cada pessoa idosa cadastrada poderá ser localizada imediatamente.

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "**SIM**", esta pessoa será considerada **DEPENDENTE**. Marque "**SIM**" na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "**SIM**", esta pessoa será considerada **DEPENDENTE**. Marque "**SIM**" na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
Mora: () sozinho () com a família () outro
Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 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 caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?			
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?			
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?			
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

	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/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)		
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)		
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 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 caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?		
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?		
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?		
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)		
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)		

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

	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/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "**SIM**", esta pessoa será considerada **DEPENDENTE**. Marque "**SIM**" na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "**SIM**", esta pessoa será considerada **DEPENDENTE**. Marque "**SIM**" na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "**SIM**", esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque "**SIM**" na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "**SIM**", esta pessoa será considerada **DEPENDENTE**. Marque "**SIM**" na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "**SIM**", esta pessoa será considerada **DEPENDENTE**. Marque "**SIM**" na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 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 caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?			
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?			
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?			
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

	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/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas "**SIM**", esta pessoa será considerada **DEPENDENTE**. Marque "**SIM**" na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A pessoa idosa está com a vacina contra a GRIPE em dia? (uma vez ao ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – A pessoa idosa CAIU no ambiente doméstico ou comunitário nos últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – A pessoa idosa caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

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

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

Aposentado/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

Nome: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Alfabetizado sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

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

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

1 – A pessoa idosa faz alguma ATIVIDADE FÍSICA 3 vezes na semana? (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)			
2 – A pessoa idosa BEBE diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS? (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)			
3 – A pessoa idosa está com a vacina contra PNEUMONIA em dia? (1ª dose e um reforço após 5 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 caiu e PRECISOU SER INTERNADA no hospital por causa da queda?			
7 – A pessoa idosa está com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)?			
8 – A pessoa idosa está em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)?			
9 – A pessoa idosa é DEPENDENTE * (para responder este indicador, utilize a escala abaixo)			
10 – A pessoa idosa morreu neste mês? (preencha os dados na página 64)			

* Se no quadro abaixo tiver uma ou mais respostas “SIM”, esta pessoa será considerada DEPENDENTE. Marque “SIM” na informação 9.

	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/Pensionista: () sim () não BPC: () sim () não
 Mora: () sozinho () com a família () outro
 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () outro
 Observações: _____

SIM	NÃO								

DIFICULDADES QUE LEVARAM AO NÃO ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS DE APOIO

Se a pessoa idosa foi encaminhada e não foi atendida pelos Serviços de Apoio, preencha os seguintes dados:

1. Nome: _____ Idade: ____ Sexo: () masculino () feminino

Motivo do encaminhamento: _____

Para onde foi encaminhada: _____

Líder ou em encaminhou: _____

Data da procura pelo serviço: ___ / ___ / ___ Hora da negação do atendimento: _____

Responsável pelo atendimento no Serviço procurado: _____

Motivo alegado para o não atendimento: _____

.....

2. Nome: _____ Idade: ____ Sexo: () masculino () feminino

Motivo do encaminhamento: _____

Para onde foi encaminhada: _____

Líder ou em encaminhou: _____

Data da procura pelo serviço: ___ / ___ / ___ Hora da negação do atendimento: _____

Responsável pelo atendimento no Serviço procurado: _____

Motivo alegado para o não atendimento: _____

.....

3. Nome: _____ Idade: ____ Sexo: () masculino () feminino

Motivo do encaminhamento: _____

Para onde foi encaminhada: _____

Líder ou em encaminhou: _____

Data da procura pelo serviço: ___ / ___ / ___ Hora da negação do atendimento: _____

Responsável pelo atendimento no Serviço procurado: _____

Motivo alegado para o não atendimento: _____

DIFICULDADES QUE LEVARAM AO NÃO ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS DE APOIO

Se a pessoa idosa foi encaminhada e não foi atendida pelos Serviços de Apoio, preencha os seguintes dados:

4. Nome: _____ Idade: ____ Sexo: () masculino () feminino

Motivo do encaminhamento: _____

Para onde foi encaminhada: _____

Líder ou em encaminhou: _____

Data da procura pelo serviço: ____ / ____ / ____ Hora da negação do atendimento: _____

Responsável pelo atendimento no Serviço procurado: _____

Motivo alegado para o não atendimento: _____

.....

5. Nome: _____ Idade: ____ Sexo: () masculino () feminino

Motivo do encaminhamento: _____

Para onde foi encaminhada: _____

Líder ou em encaminhou: _____

Data da procura pelo serviço: ____ / ____ / ____ Hora da negação do atendimento: _____

Responsável pelo atendimento no Serviço procurado: _____

Motivo alegado para o não atendimento: _____

.....

6. Nome: _____ Idade: ____ Sexo: () masculino () feminino

Motivo do encaminhamento: _____

Para onde foi encaminhada: _____

Líder ou em encaminhou: _____

Data da procura pelo serviço: ____ / ____ / ____ Hora da negação do atendimento: _____

Responsável pelo atendimento no Serviço procurado: _____

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 a levou à 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 a levou à 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 a levou à 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 a levou à morte)

Tempo de acompanhamento pela Pastoral da Pessoa Idosa: _____

PESSOAS IDOSAS ACOMPANHADAS QUE MORRERAM

Se alguma pessoa idosa **acompanhada** morreu, preencha os seguintes dados:

5. Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

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

Causa da morte: _____

História da morte (o que aconteceu com a pessoa idosa que a levou à morte)

Tempo de acompanhamento pela Pastoral da Pessoa Idosa: _____

6. Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

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

Causa da morte: _____

História da morte (o que aconteceu com a pessoa idosa que a levou à morte)

Tempo de acompanhamento pela Pastoral da Pessoa Idosa: _____

7. Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

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

Causa da morte: _____

História da morte (o que aconteceu com a pessoa idosa que a levou à morte)

Tempo de acompanhamento pela Pastoral da Pessoa Idosa: _____

8. Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

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

Causa da morte: _____

História da morte (o que aconteceu com a pessoa idosa que a levou à morte)

Tempo de acompanhamento pela Pastoral da Pessoa Idosa: _____

RESUMO MENSAL DAS PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS NESTE CADERNO

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

A – Número de FAMILIAS acompanhadas		
B – Número de PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS neste Caderno		
C – Número de PESSOAS IDOSAS VISITADAS neste mês		
1 – Pessoas idosas que fizeram ATIVIDADES FÍSICAS 3 vezes na semana (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)		
2 – Pessoas idosas que beberam diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)		
3 – Pessoas idosas que estão com a vacina contra PNEUMONIA em dia (1ª dose e um reforço após 5 anos)		
4 – Pessoas idosas que estão com a vacina contra a 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 caíram e PRECISARAM SER INTER-NADAS no hospital por causa da queda		
7 – Pessoas idosas que estão com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)		
8 – Pessoas idosas que estão em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)		
9 – Pessoas idosas DEPENDENTES		
10 – Pessoas idosas que morreram neste mês		

Instruções para o preenchimento do

RESUMO MENSAL DAS PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS NESTE CADERNO

Na primeira linha, preencha o ano e o mês correspondente aos dados que serão informados;

1. Na linha da **letra A**, anote no quadrinho do mês correspondente o **número de famílias** que você acompanha;
2. Na linha da **letra B**, anote no quadrinho do mês correspondente o número total de pessoas idosas que estão **cadastradas** neste Caderno (excluindo as que morreram, ou as que foram transferidas para outras comunidades, ou aquelas que deixaram de ser acompanhadas por outros motivos);
3. Na linha da **letra C**, anote no quadrinho do mês correspondente o número de pessoas idosas que foram **visitadas** no mês;
4. Nas linhas seguintes, que estão numeradas de 1(um) a 10(dez), siga os seguintes passos: comece pela primeira pessoa cadastrada neste Caderno, verifique na informação 1(um), se a resposta foi SIM. Verifique em todas as demais folhas de cadastro das outras pessoas idosas acompanhadas,

RESUMO MENSAL DAS PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS NESTE CADERNO

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

A – Número de FAMILIAS acompanhadas		
B – Número de PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS neste Caderno		
C – Número de PESSOAS IDOSAS VISITADAS neste mês		
1 – Pessoas idosas que fizeram ATIVIDADES FÍSICAS 3 vezes na semana (caminhada, compras, baile, passeio ou outras)		
2 – Pessoas idosas que beberam diariamente no mínimo DOIS LITROS DE LIQUIDOS (água, leite, suco de fruta natural, chá, sopa)		
3 – Pessoas idosas que estão com a vacina contra PNEUMONIA em dia (1ª dose e um reforço após 5 anos)		
4 – Pessoas idosas que estão com a vacina contra a 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 caíram e PRECISARAM SER INTER-NADAS no hospital por causa da queda		
7 – Pessoas idosas que estão com INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)		
8 – Pessoas idosas que estão em TRATAMENTO MÉDICO por causa da incontinência urinária (urina solta)		
9 – Pessoas idosas DEPENDENTES		
10 – Pessoas idosas que morreram neste mês		

Instruções para o preenchimento do

RESUMO MENSAL DAS PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS NESTE CADERNO

Na primeira linha, preencha o ano e o mês correspondente aos dados que serão informados;

1. Na linha da **letra A**, anote no quadrinho do mês correspondente o **número de famílias** que você acompanha;
2. Na linha da **letra B**, anote no quadrinho do mês correspondente o número total de pessoas idosas que estão **cadastradas** neste Caderno (excluindo as que morreram, ou as que foram transferidas para outras comunidades, ou aquelas que deixaram de ser acompanhadas por outros motivos);
3. Na linha da **letra C**, anote no quadrinho do mês correspondente o número de pessoas idosas que foram **visitadas** no mês;
4. Nas linhas seguintes, que estão numeradas de 1(um) a 10(dez), siga os seguintes passos: comece pela primeira pessoa cadastrada neste Caderno, verifique na informação 1(um), se a resposta foi SIM. Verifique em todas as demais folhas de cadastro das outras pessoas idosas acompanhadas,

Resumo Anual de Indicadores de Fragilidade

1. Sexo e Faixa Etária	TOTAL	2. Mora sozinha na casa	3. Caiu no ano anterior	4. Foi internado no hospital por causa da queda	5. Está com incontinência urinária	6. É dependente
Mulheres de 60 a 69 anos						
Homens de 60 a 69 anos						
Mulheres de 70 a 79 anos						
Homens de 70 a 79 anos						
Mulheres de 80 a 89 anos						
Homens de 80 a 89 anos						
Mulheres de 90 a 99 anos						
Homens de 90 a 99 anos						
Mulheres de 100 anos a mais						
Homens de 100 anos a mais						

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO RESUMO ANUAL DE INDICADORES DE FRAGILIDADE

As informações limitam-se apenas às pessoas idosas acompanhadas no **ano anterior** independente de quantos meses elas foram acompanhadas.

Lembramos de não incluir neste resumo as pessoas idosas acompanhadas que morreram no ano anterior, porque essas informações já constaram na FADOPI.

Como preencher o Resumo Anual:

Líder com o seu Caderno em mãos comece a passar as informações seguindo a sequência dos Indicadores: **1. Sexo e Faixa etária; 2. Mora sozinha na casa; 3. Caiu no ano anterior; 4. Foi internada no hospital por causa da queda; 5. Está com urina solta; 6. É dependente.**

Observe que cada Indicador tem alternativas de respostas de acordo com o sexo e a faixa etária.

Indicadores

1 - Sexo e Faixa Etária – Líder, comece com a primeira pessoa registrada em seu Caderno, verifique se é Homem ou Mulher e que idade essa pessoa tem. Registre com um traço (I) na linha correspondente na coluna TOTAL.

Atenção Líder! Com a ajuda de uma régua ou com uma folha de papel, prossiga para o próximo indicador, na linha correspondente ao sexo e a faixa etária dessa pessoa.

2 - Mora Sozinha na casa – Líder, verifique no registro dessa mesma pessoa idosa, se ela mora sozinha. Caso a resposta seja SIM, faça um traço (I) na linha que corresponde ao seu sexo e a sua idade. Se a resposta for NÃO passe para o próximo indicador seguindo a mesma linha.

3 - Caiu no ano anterior – Líder, verifique se esta pessoa idosa sofreu alguma queda durante o ano anterior. Caso a resposta seja SIM, faça um traço (I) na linha que corresponde ao seu sexo e a sua idade. Se a resposta for NÃO passe para o próximo indicador seguindo a mesma linha.

4 - Foi internada no hospital por causa da queda – **Atenção** Líder, este indicador tem a ver com o anterior. Verifique se esta pessoa idosa precisou ficar internada no hospital por causa da queda. Caso a resposta seja SIM, faça um traço (I) na linha que corresponde ao seu sexo e a sua idade. Se a resposta for NÃO passe para o próximo indicador seguindo a mesma linha.

5 - Está com incontinência urinária (urina solta) – Líder, verifique se esta pessoa idosa, durante o ano anterior teve urina solta. Caso a resposta seja SIM, faça um traço (I) na linha que corresponde ao seu sexo e a sua idade. Se a resposta for NÃO passe para o próximo indicador seguindo a mesma linha.

6 - É dependente - Líder, verifique se esta pessoa idosa, durante o ano anterior esteve dependente conforme o indicador 9 do Caderno. Caso a resposta seja SIM, faça um traço (I). Se a resposta for NÃO deixe este indicador em branco.

Líder, agora que você terminou de fazer todas as anotações referentes à primeira pessoa idosa cadastrada no seu Caderno, passe para a segunda pessoa idosa utilizando sempre a mesma sequência descrita anteriormente. E, assim, sucessivamente até completar todas as pessoas idosas Cadastradas neste seu Caderno.

TOTAL

E, finalmente, agora é só somar os traços(IIII) que tem em cada linha e escrever o total em números, ao lado dos traços, por exemplo (IIII - 5).

Resumo Anual de Indicadores de Fragilidade

1. Sexo e Faixa Etária	TOTAL	2. Mora sozinha na casa	3. Caiu no ano anterior	4. Foi internado no hospital por causa da queda	5. Está com incontinência urinária	6. É dependente
Mulheres de 60 a 69 anos						
Homens de 60 a 69 anos						
Mulheres de 70 a 79 anos						
Homens de 70 a 79 anos						
Mulheres de 80 a 89 anos						
Homens de 80 a 89 anos						
Mulheres de 90 a 99 anos						
Homens de 90 a 99 anos						
Mulheres de 100 anos a mais						
Homens de 100 anos a mais						

Parabéns Líder!

A partir deste resumo você tem o perfil das pessoas idosas fragilizadas que você acompanhou ao longo de um ano. Como é importante a sua missão na comunidade! Com estas informações saberemos qual é a idade predominante; quantos são homens e quantas são mulheres; quantos moravam sozinhos; quantos caíram; quantos precisaram ficar internados no hospital por causa de quedas; quantos tiveram urina solta e quantos eram dependentes.

Além disso, este seu resumo no dia da reunião mensal, junto com os dados de todos os outros Líderes, desenha um cenário onde começamos a perceber o perfil da comunidade. Este conhecimento favorecerá ainda mais as articulações com os Serviços de Saúde e da Assistência; com os Conselhos locais dos Direitos da Pessoa Idosa e poderemos contribuir na condução de políticas públicas, facilitando também a parceria com outras pastorais.

E assim, através da nossa missão vamos fortalecendo a **Rede de Solidariedade**, contribuindo para a construção das Redes do SUS – Sistema Único de Saúde e do SUAS – Sistema Único de Assistência Social, através das quais as pessoas idosas terão seus direitos garantidos com Vida plena, Dignidade e Esperança de um futuro melhor.

ÍNDICE

Introdução	03
Instruções para preenchimento do caderno	04-11
NOME DA PESSOA IDOSA ACOMPANHADA	
Folha N.º 1 –	12-13
Folha N.º 2 –	14-15
Folha N.º 3 –	16-17
Folha N.º 4 –	18-19
Folha N.º 5 –	20-21
Folha N.º 6 –	22-23
Folha N.º 7 –	24-25
Folha N.º 8 –	26-27
Folha N.º 9 –	28-29
Folha N.º 10 –	30-31
Folha N.º 11 –	32-33
Folha N.º 12 –	34-35
Folha N.º 13 –	36-37
Folha N.º 14 –	38-39
Folha N.º 15 –	40-41
Folha N.º 16 –	42-43
Folha N.º 17 –	44-45
Folha N.º 18 –	46-47
Folha N.º 19 –	48-49
Folha N.º 20 –	50-51
Folha N.º 21 –	52-53
Folha N.º 22 –	54-55
Folha N.º 23 –	56-57
Folha N.º 24 –	58-59
Folha N.º 25 –	60-61
Dificuldades que levaram ao não atendimento pelo serviço de saúde	62-63
Pessoas idosas acompanhadas que morreram	64-65
Resumo mensal das pessoas idosas cadastradas neste caderno	66-69
Avaliação Anual de Indicadores de Fragilidade.....	70,73
Instruções para o preenchimento do Resumo Anual de Indicadores de Fragilidade.....	71-72

