

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

www.ivcf-20.com.br

		Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.		Pontuação
IDADE		1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ³	
	AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ⁰ <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?	<input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
	Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?	<input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?	<input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?	<input type="checkbox"/> Sim ⁶ <input type="checkbox"/> Não	
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?	<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?	<ul style="list-style-type: none"> Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <u>ou</u> 6 kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3 kg no último mês () ; Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () ; Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . 	Máximo 2 pts
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	Continência esfíncteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	<ul style="list-style-type: none"> Cinco ou mais doenças crônicas () ; Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; Interação recente, nos últimos 6 meses () . 	Máximo 4 pts
	Polifarmácia			
	Interação recente (<6 meses)	<input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)				

FRAGILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL

▪ Idoso **Frágil** (IVCF-20 \geq 15 pontos):

- () Alto potencial de melhora funcion () Fase final de vida
() Baixo potencial de melhora funcio

▪ Idoso em **Risco de Fragilização** (IVCF-20 entre 7 - 14 pontos), com suspeita de:

- () Incapacidade cognitiva () Sarcopenia () Prescrição inapropriada
() Insuficiência familiar () Instabilidade postural ou quedas de repetição

ESTRATO (0- 10): _____

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Alergia Medicamentosa: _____

Automedicação: _____

Medicamentos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição (pública, doação e ou privada)

* Anexar o controle glicêmico dos insulinizados.

Local e Data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

PARA USO DO CONSÓRCIO

DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO

Motivo da Devolução: _____

Data da Devolução: _____ Assinatura: _____

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)	Atividade	Independência		Dependência	
	Tomar Banho		Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente), ou toma banho sozinho.		Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho.
	Vestir-se		Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.		Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho.
	Uso do vaso sanitário		Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos).		Utiliza comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.
	Transferência		Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio).		Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências.
	Continência		Micção e evacuação inteiramente autocontroladas.		Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros. Acidentes "ocasionais".
	Alimentar-se		Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação.		Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral.

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	Atividade de vida diária	Sem Ajuda	Com Ajuda Parcial	Incapaz
	Você é capaz de preparar as suas refeições?			
	Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e no horário correto?			
	Você é capaz de fazer compras?			
	Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou suas finanças?			
	Você é capaz de usar o telefone?			
	Você é capaz de arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos?			
	Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?			
	Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?			

