



DATA

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA O CREASI – INTENÇÃO DE ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÕES: Todas as informações são relevantes e deverão ser obrigatoriamente explicitadas nos campos da plataforma de encaminhamento para análise e deferimento da demanda. O paciente permanecerá em acompanhamento na atenção primária à saúde.

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE ORIGEM

(É IMPRESCINDÍVEL QUE TODOS OS CAMPOS SEJAM PREENCHIDOS)

UNIDADE DE ORIGEM:	() UBS () ESF	DISTRITO SANITÁRIO:
TELEFONE UNIDADE:	MUNICÍPIO:	
E-MAIL UNIDADE:		
PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA DO(A) PACIENTE:		
NOME EQUIPE/ÁREA:	DESDE QUANDO ACOMPANHA O(A) PACIENTE:	
TEM ACS NA ÁREA? () SIM () NÃO	TEM E-MULTI NA EQUIPE? () SIM () NÃO	

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE

(É IMPRESCINDÍVEL QUE TODOS OS CAMPOS SEJAM PREENCHIDOS)

NOME:		
NOME SOCIAL:	CPF:	
DATA DE NASC.:	IDADE:	
NOME DA MÃE:	ESCOLARIDADE:	
ENDEREÇO:		CEP:
TELEFONES:	SEXO: () M () F	RAÇA:
ESSE CONTATO É WHATSAPP? () SIM () NÃO	JÁ FOI PACIENTE DO CREASI: () SIM () NÃO	

APRESENTA DÉFICIT COGNITIVO?

() NÃO () SIM - Especifique a Escala e o Escore: () Mini Mental _____ () Moca _____ () 10-cs _____ () IqCode _____

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

www.ivcf-20.com.br

Pontuação

IDADE	1.Qual é a sua idade?	() 60 a 74 anos ⁰ () 75 a 84 anos ¹ () ≥85 anos ³	
AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE	2.Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	() Excelente, muito boa ou boa ⁰ () Regular ou ruim ¹	
AVD Instrumental Cada resposta positiva vale 4 pontos. Como a pontuação máxima desse bloco é de 4 pontos, mesmo que a pessoa responda sim para mais de uma questão, esse será o total.	3.Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ⁰ ou não faz compras por outros motivos que não saúde.		Máximo 4 pontos
	4.Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ⁴ () Não ⁰ ou não controla o dinheiro por outros motivos que não 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? () Sim ⁴ () Não ⁰ ou não faz pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não saúde.		
AVD Básica	6.Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)? () Sim ⁶ () Não ⁰		
COGNIÇÃO	7.Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não ⁰		
	8.Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não ⁰		
	9.Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não ⁰		

Continua...

NÃO PREENCHA ESTE FORMULÁRIO CASO NÃO ACOMPANHE O PACIENTE

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

www.ivcf-20.com.br

Pontuação

HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não ⁰		
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas () Sim ² () Não ⁰		
MOBILIDADE	ALCANCE, PREENSÃO E PINÇA	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não ⁰		
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não ⁰		
	CAPACIDADE AERÓBICA E/OU MUSCULAR	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? • Perda de peso não intencional de 4,5kg ou 5% do peso corporal no último ano <u>ou</u> 6kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3kg no último mês (); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² (); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). () Sim ² () Não ⁰	Máximo 2 pontos	
		MARCHA	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não ⁰	
			16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não ⁰	
CONTINÊNCIA ESFINCTERIANA	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não ⁰			
COMUNICAÇÃO	VISÃO	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</i> () Sim ² () Não ⁰		
	AUDIÇÃO	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de aparelhos de audição.</i> () Sim ² () Não ⁰		
POLIPATOLOGIA	20. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses (). () Sim ⁴ () Não ⁰	Máximo 4 pontos		
POLIFARMÁCIA				
Internação recente (<6 meses)				
PONTUAÇÃO FINAL (máximo 40 PONTOS)				

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

PACIENTE TEM CONDIÇÕES DE REALIZAR AVALIAÇÃO PRESENCIAL?

() NÃO () SIM

PACIENTE TEM ACESSIBILIDADE DIGITAL PARA REALIZAR TELEATENDIMENTO?

() NÃO () SIM

PACIENTE NECESSITA DE SUPORTE DE CUIDADOR?

() NÃO () SIM

SE NECESSITA DE SUPORTE DE CUIDADOR, QUEM OCUPA ESSA FUNÇÃO?

() NÃO TEM () CÔNJUGE () FILHO(A)(S) () VIZINHO(A) () CUIDADOR FORMAL () OUTRO: _____