

nutritionDay em Lares de Idosos - Explicações e definições

Código do Centro: Por favor insira em todas as folhas o código anónimo que recebeu do centro coordenador.

Código da Unidade: Por favor insira em todas as folhas o código anónimo que recebeu do centro coordenador.

Folha 1 „Folha da Unidade“

Número de residentes na unidade: Por favor indique o número de residentes atualmente a viver na unidade.

Número máximo de residentes na unidade: Por favor indique o número máximo de residentes que podem viver na unidade.

Número máximo de residentes na instituição: Por favor indique o número máximo de residentes que podem viver na instituição/lar de idosos.

Avaliação da malnutrição / risco de malnutrição através do uso de: Se rotineiramente aplica rastreio aos residentes à malnutrição/risco de malnutrição, por favor indique como avalia a malnutrição/risco de malnutrição.

Lista de residentes da unidade e resultado (todos os participantes)

Por favor, registre todos os residentes que participam no NutritionDay e guarde esta lista para que possa avaliar o resultado dos residentes após 6 meses.

<p>Número do Residente: Por favor atribua um número a cada residente. Este número deve corresponder ao número do residente e às iniciais do residente na folha 2.</p>
--

Habitação há mais de 6 meses: Escolha um código a partir dos indicados (A,B,C,...), dependendo se o residente ainda está no lar de idosos, **teve alta**, morreu e assim por diante.

Data de transferência para outra unidade, morte, etc.: Indique a data (dd/mm/aaaa) em que isso aconteceu.

Peso atual (kg): Se o residente ainda está no lar de idosos, por favor o peso atual, incluindo uma casa decimal.

Estadias hospitalares nos últimos 6 meses: Por favor insira o número de estadias

hospitalares e o total de dias que o residente permaneceu no hospital se o residente ainda está na lar.

Folha 2: („Residentes“)

Consentimento: Por favor, verifique se o residente ou seu responsável dão consentimento escrito ou oral para a participação ou se o residente ou o seu responsável rejeitam a participação. Se o residente / responsável rejeitou a participação, deixar o resto da folha vazia.

Número do residente: Por favor dê a cada residente um número e **registre este número na lista de residentes**. Isto é importante, porque precisará desta informação para a documentação a preencher após os 6 meses.

Iniciais do Residente: Insira as iniciais dos residentes. Exemplo: Pedro Silva: PE SI

Ana do nascimento: Por favor complete desta forma: 1970.

Data de admissão: Por favor indique aqui quando o residente foi transferido/admitido neste lar de idosos.

Altura: Por favor insira a altura atual do residente em metros.

Peso: Por favor insira o último peso medido em Kg.

Tempo necessário aos cuidados básicos: Por favor selecione o tempo necessário aos cuidados básicos do residente.

Os cuidados básicos incluem higiene corporal, nutrição e mobilidade. Tratamentos e outros apoios (como ajudar a telefonar ou contactar amigos, acompanhamento em passeios no exterior...) não são incluídos.

Mobilidade: Por favor indique o grau de mobilidade do residente:

restrito ao leito ou à cadeira de rodas: O residente não é capaz de sair da cama, cadeira ou cadeirão sem auxílio de outra pessoa.

pode sair da cama/cadeira,mas não sai da unidade: O residente é capaz de sair da cama/cadeira, mas não é capaz de sair da unidade sozinho.

Sai: O residente é capaz de sair sozinho do lar de idosos.

Estado cognitivo: Por favor preencha se o residente apresenta sinais de demência. Idealmente deverá ser usada a classificação de acordo com o Mini Mental State Examination (MMSE). Se o MMSE não tiver sido feito ao paciente, por favor classifique subjetivamente, de acordo com a sua apreciação.

Depressão: Por favor preencha se o residente sofre de depressão e quão severa é a mesma.

Diagnósticos que justificam os cuidados: Por favor especifique quais as doenças que melhor justificam a necessidade de cuidados. A seleção de várias opções é possível.

Doença aguda ou stress psicológico: Por favor preencha se o residente sofreu algum stress ou doença severa nos últimos três meses.

Ficaria surpreso se o residente morresse: Por favor preencha se ficaria surpreso se este residente morresse nos próximos 6 meses ou 4 semanas. Se não quiser ou não puder dar uma indicação, por favor selecione "não sei".

Número de medicamentos por dia: Por favor insira o número total de medicamentos diferentes que o residente tem prescrito para tomar por dia.
Por favor inclua todos os medicamentos: em comprimidos, medicação líquida, infusões ou emplastos. Escreva 0 se o residente não tem medicação prescrita.

Antidepressivos: O residente toma atualmente antidepressivos?

Antibióticos: O residente toma atualmente antibióticos?

Opiáceos: O residente toma atualmente opiáceos?

Sedativos: O residente toma atualmente sedativos?

Antipsicóticos/Neurolépticos: O residente toma atualmente antipsicóticos?

Malnutrição: Por favor preencha se – de acordo com a tua opinião ou resultado de uma avaliação nutricional - o residente está bem nutrido (**não**), em risco de malnutrição (**em risco**) ou malnutrido (**sim**).

Desidratação: Por favor preencha, se o residente demonstra sinais de desidratação no momento da avaliação.

Disfagia: Por favor indique se o residente apresenta disfagia.

Problemas de mastigação: Por favor indique se o residente tem problemas de mastigação.

Nutrição Oral: O residente está atualmente a receber nutrição oral?

Se sim, a comida é **líquida**?

Se sim, a comida é **fortificada** com energética ou proteicamente?

Suplementos nutricionais orais (Fórmula rica em proteínas e energia): O residente está a tomar suplementos de nutrição oral (SNO) como suplementos para aumentar ou atingir a ingestão energética ou proteica? SNO são fórmulas com teor específico de determinados nutrientes, de forma a atingir as necessidades nutricionais. SNO são normalmente líquidos, mas também estão disponíveis noutras formulações como em pó, tipo sobremesa e barras.

Nutrição entérica: O residente está atualmente a receber parte ou a totalidade da sua alimentação por sonda nasogástrica, nasoentérica ou percutânea?

Nutrição parentérica: O residente está atualmente a receber parte ou a totalidade da sua alimentação, por um cateter venoso central ou periférico? A nutrição parentérica contém água e nutrientes como aminoácidos, glicose, lípidos, eletrólitos, vitaminas e minerais.

Infusão de fluidos: O residente está atualmente a receber infusão de fluidos para cobrir as suas necessidades de fluidos?

Diminuição da ingestão alimentar: O residente tem comido menos do que o normal nos últimos três meses? Se sim, isso tem acontecido por falta de apetite, problemas digestivos, de mastigação ou de deglutição? Se sim, o residente tem comido muito menos do que do que antes ou apenas um pouco menos?

Ingestão alimentar na última semana: Por favor indique quão bem se tem alimentado o residente na última semana, comparativamente com as semanas anteriores.

Se o residente não consegue ingerir alimentos oralmente, mas a sua ingestão é assegurada por sonda gástrica ou nutrição parentérica, por favor preencha com "nada, devido à sonda gástrica/nutrição parentérica".

Ingestão alimentar ao almoço: Por favor indique quanto comeu o residente hoje ao almoço.

Prato: As imagens dos pratos simbolizam um almoço normal o qual pode incluir apenas um prato ou incluir sopa, o prato principal e a sobremesa. Avalie quanta comida foi ingerida. Escolha uma das respostas:

„3/4 ou totalidade“: $\frac{3}{4}$ ou totalidade da refeição

„1/2“: metade da refeição

„1/4“: um quarto da refeição

„Nada“: Nada ou quase nada

„Não sei“: Não sei quanta comida o residente ingeriu ao almoço

„Nada porque está com SNG ou nutrição parentérica“: O residente não ingeriu almoço porque está com sonda/nutrição parentérica.