

Por favor escolha as opções que se aplicam ao residente



Lar de Idosos Folha 2

Data
Código do Centro
Código da Unidade

Consentimento	<input type="radio"/> Escrito/Verbal	<input type="radio"/> Rejeição	Data de admissão	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Residente participou no ano anterior	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	Género	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
Número de residente	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		altura (m)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Primeiro Nome (2 iniciais)	<input type="text"/> <input type="text"/>		Peso atual (kg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Último Nome (2 iniciais)	<input type="text"/> <input type="text"/>		Peso (kg) à 3 meses atrás	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ano de nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Peso (kg) à 1 ano atrás	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Tempo necessário para a realização dos cuidados básicos	Malnutrição	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Em risco	<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Não necessita de cuidados	Desidratação	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> < 45 minutos / dia	<input type="radio"/> 120 - 239 minutos / dia			
<input type="radio"/> 46 - 119 minutos / dia	<input type="radio"/> > 240 minutos / dia			
Mobilidade	Disfagia	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> restrito ao leito ou à cadeira de rodas	Problemas de mastigação	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> pode sair da cama/cadeira,mas não sai da unidade	Nutrição Oral	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> sai da unidade	Se sim: Dieta líquida	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
	Dieta fortificada	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
Residente é capaz de se expressar verbalmente e/ou não verbalmente	Suplementos nutricionais orais (Fórmula rica em proteínas e energia)	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não			
Estado cognitivo	Nutrição entérica	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> Demência severa	nutrição parentérica	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> demência leve	<input type="radio"/> Sem demência			
Depressão	Infusão de fluidos	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> Depressão severa	Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?			
<input type="radio"/> Depressão leve	<input type="radio"/> Sem depressão			
Diagnósticos que justificam os cuidados (pode seleccionar várias)	<input type="radio"/> redução severa			
<input type="radio"/> Cancro	<input type="radio"/> redução moderada		<input type="radio"/> não houve redução	
<input type="radio"/> Cérebro, nervos: ex. demência, acidente vascular cerebral, MS, M. Parkinson				
<input type="radio"/> esqueleto/ossos/músculos	Como é que o residente se tem alimentado na última semana?			
<input type="radio"/> Coração, Circulação Pulmão: Ex. MI, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica	<input type="radio"/> Melhor			
<input type="radio"/> Others	<input type="radio"/> Como de costume			
Doença aguda ou stress psicológico nos últimos 3 meses?	<input type="radio"/> Um pouco pior			
<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Muito pior			
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> nada			
	<input type="radio"/> Nada porque está com nutrição entérica/parentérica			
Ficaria surpreso se este residente morresse nos próximos	Por favor indique a quantidade ingerida pelo residente hoje ao almoço			
6 meses	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> não sei	<input type="radio"/> 3/4 ou a totalidade
			<input type="radio"/> Não responde	<input type="radio"/> 1/2
4 semanas	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> não sei	<input type="radio"/> 1/4
			<input type="radio"/> Não responde	<input type="radio"/> nada
Número de medicamentos / dia	<input type="radio"/> Nada porque está com nutrição entérica/parentérica			<input type="radio"/> não sei
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> não sei			
Antidrepressivos	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não		
Antibióticos	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não		
Opiáceos	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não		
Sedativos	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não		
Anti-psicóticos ou Ansiolítico	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não		
	O residente precisou de ajuda para ingerir a refeição?			
	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não		

Obrigado