

Por favor escolha as opções que se aplicam ao residente



## Lar de Idosos Folha 2

Data   
Código do Centro   
Código da Unidade

<b>Consentimento</b>	<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"/>

<b>Tempo necessário para a realização dos cuidados básicos</b>	<b>Malnutrição</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Em risco	<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Não necessita de cuidados	<b>Desidratação</b>	<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			
<b>Mobilidade</b>	<b>Disfagia</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> restrito ao leito ou à cadeira de rodas	<b>Problemas de mastigação</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> pode sair da cama/cadeira,mas não sai da unidade	<b>Nutrição Oral</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> sai da unidade	<b>Se sim: Dieta líquida</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
	<b>Dieta fortificada</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<b>Residente é capaz de se expressar verbalmente e/ou não verbalmente</b>	<b>Suplementos nutricionais orais (Fórmula rica em proteínas e energia)</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não			
<b>Estado cognitivo</b>	<b>Nutrição entérica</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> Demência severa	<b>nutrição parentérica</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> demência leve	<input type="radio"/> Sem demência			
<b>Depressão</b>	<b>Infusão de fluidos</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> Depressão severa	<b>Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?</b>			
<input type="radio"/> Depressão leve	<input type="radio"/> Sem depressão			
<b>Diagnósticos que justificam os cuidados (pode seleccionar várias)</b>	<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	<b>Como é que o residente se tem alimentado na última semana?</b>			
<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			
<b>Doença aguda ou stress psicológico nos últimos 3 meses?</b>	<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			
<b>Ficaria surpreso se este residente morresse nos próximos</b>	<b>Por favor indique a quantidade ingerida pelo residente hoje ao almoço</b>			
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
<b>Número de medicamentos / dia</b>	<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			
<b>Antidrepressivos</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não		
<b>Antibióticos</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não		
<b>Opiáceos</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não		
<b>Sedativos</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não		
<b>Anti-psicóticos ou Ansiolítico</b>	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não		
	<b>O residente precisou de ajuda para ingerir a refeição?</b>			
	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Não		

Obrigado