

IVCF-20 (versão do idoso/família)

**QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DO IDOSO**

*Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20*

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 familiar ou cuidador.

1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos <sup>0</sup>	
	<input type="checkbox"/> 75 a 84 anos <sup>1</sup>	
	<input type="checkbox"/> ≥ 85 anos <sup>3</sup>	
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa <sup>0</sup>	
	<input type="checkbox"/> Regular ou ruim <sup>1</sup>	
3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde		
4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) 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? ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde		
6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? ( ) Sim <sup>6</sup> ( ) Não		
7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não		
8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não		
9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não		
10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não		
11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não		
12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não		
13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não		
14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.....( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</li> <li>• Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup>.....( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</li> <li>• Circunferência da panturrilha a &lt; 31 cm.....( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</li> <li>• Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) &gt; 5 segundos.....( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</li> </ul>		
15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não		
16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não		
17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não		
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 <sup>2</sup> ( ) Não		
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 <sup>2</sup> ( ) Não		
20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinco ou mais doenças crônicas.....( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não</li> <li>• Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia.....( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não</li> <li>• Internação recente, nos últimos 6 meses.....( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não</li> </ul>		