

Consulta anual do Medicare para verificação de bem-estar  
**AVALIAÇÃO DE RISCOS À SAÚDE**  
 Island Health Care

Data de hoje: \_\_\_\_\_

Nome do(a) paciente: \_\_\_\_\_

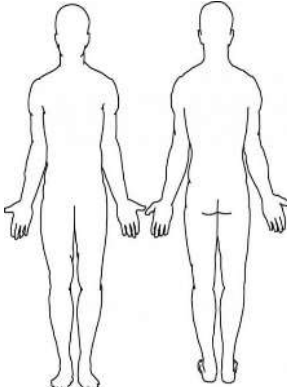
Data de nascimento: \_\_\_\_\_


SAÚDE GERAL	
1. Como está sua saúde em geral?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Não sei
2. Quantos medicamentos prescritos diferentes você está tomando?	<input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> 10+ <input type="checkbox"/> Não sei
3. Você toma todos os seus medicamentos como foram prescritos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca <input type="checkbox"/> Não tomo medicação
4. Você sabe para que servem os seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alguns deles
5. Como está sua saúde bucal e dental?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Não sei
6. Você se consulta regularmente com algum dentista?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
7. Quantas vezes nos últimos 6 meses você precisou ir ao pronto-socorro?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5+ <input type="checkbox"/> Não sei
8. Quantas vezes nos últimos 6 meses você foi internado(a) em um hospital?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5+ <input type="checkbox"/> Não sei
USO DE TABACO E ÁLCOOL	
9. Você usa algum produto à base de tabaco?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10. Você tem interesse em parar de fumar ou de usar tabaco?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não uso tabaco
11. Você consome bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12. Você usa drogas recreativas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
NUTRIÇÃO	
13. Quantas porções de frutas e vegetais você normalmente consome por dia?	<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5+ <input type="checkbox"/> Não sei
14. Quantas porções de fibras ou alimentos integrais você normalmente consome por dia?	<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5+ <input type="checkbox"/> Não sei
ATIVIDADE FÍSICA	
15. Quanto dias por semana você se exercita?	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5+ <input type="checkbox"/> Não sei
16. Nos dias em que você faz exercícios, por quanto tempo costuma se exercitar?	<input type="checkbox"/> 0 a 30 minutos <input type="checkbox"/> 30 minutos a 1 hora <input type="checkbox"/> Mais de 1 hora <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Não me exercito

Consulta anual do Medicare para verificação de bem-estar  
**AVALIAÇÃO DE RISCOS À SAÚDE**  
 Island Health Care

SONO			
17. Quantas horas normalmente você <b>dorme</b> ?	<input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> 10+ <input type="checkbox"/> Não sei		
18. Você ronca ou alguém já lhe contou que você ronca?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei		
19. Nos últimos sete dias, com que frequência você se sentiu sonolento(a) durante o dia?	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não sei		
MEMÓRIA			
20. *Você já teve problemas com a memória de curto prazo (qual foi o seu jantar de ontem)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
21. Você já teve problemas com a memória de longo prazo (onde você nasceu)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
AVALIAÇÃO DE STATUS FUNCIONAL			
22. Quais das seguintes atividades você consegue fazer sozinho(a), sem ajuda?	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Compras no mercado  <input type="checkbox"/> Usar o telefone  <input type="checkbox"/> Trabalho doméstico  <input type="checkbox"/> Cuidar das finanças         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Dirigir/Usar transporte público  <input type="checkbox"/> Fazer refeições  <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos  <input type="checkbox"/> Nenhuma dessas         </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Compras no mercado <input type="checkbox"/> Usar o telefone <input type="checkbox"/> Trabalho doméstico <input type="checkbox"/> Cuidar das finanças	<input type="checkbox"/> Dirigir/Usar transporte público <input type="checkbox"/> Fazer refeições <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos <input type="checkbox"/> Nenhuma dessas
<input type="checkbox"/> Compras no mercado <input type="checkbox"/> Usar o telefone <input type="checkbox"/> Trabalho doméstico <input type="checkbox"/> Cuidar das finanças	<input type="checkbox"/> Dirigir/Usar transporte público <input type="checkbox"/> Fazer refeições <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos <input type="checkbox"/> Nenhuma dessas		
Atividades da vida diária			
23. *Quais das seguintes atividades você consegue fazer sozinho(a)?	<input type="checkbox"/> Tomar banho <input type="checkbox"/> Vestir-se <input type="checkbox"/> Alimentar-se <input type="checkbox"/> Caminhar (sentar/levantar-se de cadeiras etc.) <input type="checkbox"/> Usar o banheiro <input type="checkbox"/> Nenhuma dessas		
24. Muitas pessoas sofrem de perda involuntária de urina, também chamada de incontinência urinária. Nos últimos 6 meses, você teve incontinência urinária?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei		
Status de deambulação			
25. Por quanto tempo você consegue caminhar ou se movimentar?	<input type="checkbox"/> 0 a 5 minutos <input type="checkbox"/> 5 a 15 minutos <input type="checkbox"/> 15 a 30 minutos <input type="checkbox"/> Mais de 1 hora <input type="checkbox"/> Não sei		
26. *Quais desses dispositivos de assistência você utiliza?	<input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Nenhum		
27. *Você tem dificuldades para manter o equilíbrio?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
28. Você teve alguma queda nos últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Capacidade sensorial			
29. *Você tem problemas de visão?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei		
30. Você usa óculos ou lentes de contato?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei		
31. *Você tem problemas de audição?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei		
32. Você usa aparelhos auditivos ou outros dispositivos que ajudam você a escutar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei		

Consulta anual do Medicare para verificação de bem-estar  
**AVALIAÇÃO DE RISCOS À SAÚDE**  
 Island Health Care

AVALIAÇÃO DE DOR		
33. Nas últimas duas semanas, com que frequência você sentiu dor? <input type="checkbox"/> Quase o tempo todo <input type="checkbox"/> Na maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca <input type="checkbox"/> Não senti dor	34. Onde é a dor? <input type="checkbox"/> Não senti dor Ou Marque todas as áreas indicadas na imagem 	35. Como você trata a dor? <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Descanso <input type="checkbox"/> Calor ou frio <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outra resposta <input type="checkbox"/> Nenhum plano de tratamento <input type="checkbox"/> Não senti dor

36. Avalie sua dor em uma escala de 0 a 10, em que 0 significa nenhuma dor e 10 significa a pior dor que existe (circule o número na escala):	
---	--

SEGURANÇA DOMÉSTICA	
37. Qual é sua situação de moradia?	<input type="checkbox"/> Moro sozinho(a) <input type="checkbox"/> Moro com cônjuge ou outra pessoa da família <input type="checkbox"/> Moro com amigo ou divido a casa <input type="checkbox"/> Em uma casa de repouso ou de residência assistida <input type="checkbox"/> Não tenho onde morar <input type="checkbox"/> Outra resposta
38. Sua casa tem alarmes de incêndio ativos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Não se aplica
39. Você usa cinto de segurança em veículos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não ando em veículos

DEPRESSÃO	
<b>Nas últimas duas semanas, com que frequência você sentiu algum dos seguintes problemas? PHQ9</b>	
40. Pouco interesse ou prazer em fazer atividades.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Alguns dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todo dia <input type="checkbox"/> Não sei
41. Sentimentos de tristeza, depressão ou desesperança.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Alguns dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todo dia <input type="checkbox"/> Não sei
42. Dificuldades para pegar no sono, dormir mal ou dormir demais.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Alguns dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todo dia <input type="checkbox"/> Não sei
43. Sensação de cansaço ou falta de energia.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Alguns dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todo dia <input type="checkbox"/> Não sei
44. Pouco apetite ou comer demais.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Alguns dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todo dia <input type="checkbox"/> Não sei

Consulta anual do Medicare para verificação de bem-estar

AVALIAÇÃO DE RISCOS À SAÚDE

Island Health Care

45. Sensação de mal-estar consigo mesmo(a), acreditar que é um fracasso ou que decepcionou a si mesmo(a), amigos ou família.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Alguns dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todo dia <input type="checkbox"/> Não sei
46. Dificuldade de se concentrar, ler o jornal ou assistir à televisão.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Alguns dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todo dia <input type="checkbox"/> Não sei
47. Mover-se ou falar tão lentamente que outras pessoas talvez tenham notado. Ou o contrário, sentir-se tão inquieto(a) e impaciente que talvez acabe se movimentando mais que o normal.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Alguns dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todo dia <input type="checkbox"/> Não sei
48. Pensar que talvez seria melhor se você morresse ou sentir vontade de se machucar.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Alguns dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todo dia <input type="checkbox"/> Não sei
49. Se você marcou algum dos problemas nesta seção, até que ponto eles dificultaram seu processo de ir ao trabalho, cuidar de questões domésticas ou se relacionar com outras pessoas?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Ficou um pouco mais difícil <input type="checkbox"/> Ficou muito mais difícil <input type="checkbox"/> Ficou extremamente difícil

**SUPORTE SOCIAL/EMOCIONAL**

50. Quais das seguintes opções se aplica a você?	<input type="checkbox"/> Tenho uma família que me dá apoio <input type="checkbox"/> Tenho amigos que me dão apoio <input type="checkbox"/> Participo de igrejas, clubes ou de outras atividades em grupo <input type="checkbox"/> Nenhuma
51. Com que frequência você sai de casa e encontra amigos e familiares?	<input type="checkbox"/> Com frequência <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca <input type="checkbox"/> Nunca

**DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE**

52. *Você tem uma procuração para assistência médica ou um testamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Preciso de mais informações
--	---

**MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÕES, VITAMINAS, DE VENDA LIVRE)**

Nome	Dose	Data de início	Problema sendo tratado

Consulta anual do Medicare para verificação de bem-estar  
**AVALIAÇÃO DE RISCOS À SAÚDE**  
 Island Health Care

HISTÓRICO PESSOAL E FAMILIAR					
Marque as colunas aplicáveis	Ninguém	Eu	Pai/mãe	Irmão/irmã	Filho/filha
Insuficiência cardíaca					
Diabetes					
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou asma					
Hipertensão					
Derrame					
Doença renal					
Transtorno bipolar ou esquizofrenia					
Demência					
Câncer					
Distúrbios neurológicos					
Outra resposta					
OUTROS MÉDICOS OU PROFISSIONAIS DE SAÚDE					
Especialidade	Nome do médico	Data da última consulta			
Cardiologista					
Dermatologista					
Otorrinolaringologista					
Endocrinologista					
Oftalmologista					
Ginecologista					
Neurologista					
Fisioterapeuta					
Pneumologista					
Outra resposta					
ALERGIAS: MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, AMBIENTE (CIRCULE EM CASO AFIRMATIVO)					
Alérgeno	Pólen	Medicamentos	Ambiente		
Amendoim		Penicilina	Antibióticos sulfonamidas		
Trigo	Látex	Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs)	Agentes de contraste iodado		
Frutos do mar	Níquel	Codeína	Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)		
Leite	Metal	Derivados da morfina	Outra resposta:		
Ovos	Fita adesiva	Paracetamol			
IMUNIZAÇÕES					
Vacina contra hepatite B: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Estimativa de data	Vacina anual contra gripe: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Estimativa de data	Vacina contra pneumonia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Estimativa de data			
OFFICIAL USE ONLY					
Reviewed by- Clinician name:					
Clinician signature:		Date:			