

Meu Retrato de Saúde

Informações importantes sobre minha saúde para levar às consultas e atendimentos.

1. Sobre mim

Nome:

Data de nascimento:

Telefone de familiar/contato:

Pessoa que costuma me acompanhar nas consultas:

Peso aprox.: _____ kg Altura: _____ m

Moro:

☐
☐
☐
☐

- Sozinho(a)
- Com familiar
- Com cuidador
- Instituição

Quem mais conhece minha rotina e minha saúde:

2. Como estou no dia a dia

MEMÓRIA E COMUNICAÇÃO

☐
☐
☐
☐
☐

- Minha memória não atrapalha meu dia a dia
- Tenho alguns esquecimentos, mas continuo independente
- Preciso de ajuda por causa da memória
- Tenho diagnóstico de demência ou outro problema de memória
- Tenho dificuldade para me comunicar

HUMOR (NAS ÚLTIMAS SEMANAS)

☐
☐
☐
☐

- Tenho me sentido bem na maior parte do tempo
- Tenho ficado triste ou desanimado(a) com frequência
- Perdi interesse ou prazer nas coisas que costumava gostar
- Tenho chorado mais ou me sentido sem esperança

3. Como me movimento

PARA ME LOCOMOVER NORMALMENTE

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

- Ando sozinho(a), sem apoio
- Ando sozinho(a), mas tenho medo ou risco de cair
- Uso bengala
- Uso andador
- Preciso da ajuda de outra pessoa
- Uso cadeira de rodas
- Passo a maior parte do tempo na cama

NOS ÚLTIMOS 12 MESES

- ☐ Não caí
- ☐ Caí uma vez
- ☐ Caí duas ou mais vezes
- ☐ Quase caio com frequência

4. O que consigo fazer sozinho

Para cada atividade, marque a coluna que melhor descreve sua situação.

Atividade	Sozinho(a)	Com alguma ajuda	Preciso que façam por mim
Tomar banho			
Vestir-me			
Ir ao banheiro			
Comer			
Caminhar dentro de casa			
Preparar uma refeição simples			
Organizar meus medicamentos			
Fazer compras			
Cuidar do meu dinheiro			
Sair de casa sozinho(a)			

5. Urina e intestino

SOBRE A URINA

- ☐ Não tenho perda de urina
- ☐ Tenho pequenos escapes ocasionalmente
- ☐ Perco urina frequentemente
- ☐ Uso proteção/absorvente
- ☐ Uso fralda durante a noite
- ☐ Uso fralda durante o dia e a noite

INTESTINO

- ☐ Sem dificuldade importante
- ☐ Prisão de ventre frequente
- ☐ Perda involuntária de fezes

6. Visão e audição

VISÃO

- ☐ Enxergo bem sem óculos
- ☐ Uso óculos e enxergo bem com eles
- ☐ Mesmo com óculos, tenho dificuldade que atrapalha meu dia a dia

AUDIÇÃO

- ☐ Escuto bem
- ☐ Tenho alguma dificuldade
- ☐ Uso aparelho auditivo

☐ Minha dificuldade para ouvir atrapalha conversas

7. Alimentação

- ☐ Como normalmente
- ☐ Tenho pouco apetite
- ☐ Perdi peso sem querer recentemente
- ☐ Tenho dificuldade para mastigar
- ☐ Engasgo ou tenho dificuldade para engolir
- ☐ Preciso de ajuda para me alimentar

Perdi aproximadamente _____ kg nos últimos _____ meses.

8. E então: meus medicamentos

Medicamento	Dose / forma	Quanto tomo	Horário	Para quê

Como organizo meus medicamentos:

- ☐ Eu mesmo(a) organizo meus medicamentos
- ☐ Alguém me ajuda
- ☐ Outra pessoa organiza e administra meus medicamentos

Alergias ou reações a medicamentos:

9. O que é mais importante para mim agora?

- ☐ Continuar independente
- ☐ Melhorar minha memória
- ☐ Caminhar melhor / evitar quedas
- ☐ Ter menos dor
- ☐ Dormir melhor
- ☐ Melhorar alimentação/peso
- ☐ Tomar menos medicamentos, se possível
- ☐ Permanecer em minha casa
- ☐ Ter mais disposição

Outro:

Há alguma coisa sobre sua saúde ou sua vida que você gostaria que seu médico soubesse?

Leve este documento às suas consultas.

Ele não substitui uma avaliação médica. Foi criado para ajudar você, sua família e seus profissionais de saúde a não perderem informações importantes ao longo do cuidado.

Material do ecossistema COGNISA · Dr. Fausto Azambuja Machado (CRM-MG 39.242 · RQE Geriatria 15.603) · cognisa.med.br

cognisa.med.br