

CONECTA 60+

Banco de Perguntas - Avaliacao Multidimensional (SEM IMAGENS)

CATEGORIA 1: MOBILIDADE E SAUDE FISICA

- 1. Voce consegue caminhar sem ajuda por pelo menos 100 metros?
- 2. Voce utiliza algum auxilio para caminhar? (bengala, andador, cadeira de rodas)
- 3. Voce consegue subir e descer escadas sem ajuda?
- 4. Voce consegue se levantar de uma cadeira sem ajuda?
- 5. Voce pratica atividade fisica regularmente? Com que frequencia?
- 6. Voce consegue se vestir sozinho(a)?
- 7. Voce consegue tomar banho sozinho(a)?
- 8. Voce consegue usar o banheiro sozinho(a)?
- 9. Voce sente dores frequentes? Em que regioao?
- 10. Voce tem dificuldade para pegar objetos pequenos?
- 11. Voce consegue realizar suas atividades domesticas? (cozinhar, limpar)
- 12. Voce sente fraqueza muscular frequentemente?
- 13. Voce teve alguma fratura nos ultimos 2 anos?
- 14. Voce consegue caminhar distancias curtas sem se cansar?
- 15. Voce tem artrite ou artrose diagnosticada?
- 16. Voce consegue se agachar e levantar sem dificuldade?
- 17. Voce sente rigidez nas articulacoes pela manha?
- 18. Voce consegue carregar compras de supermercado?
- 19. Voce faz fisioterapia ou algum acompanhamento fisico?
- 20. Voce sente que sua mobilidade piorou no ultimo ano?

CATEGORIA 2: COGNICAO E MEMORIA

- 21. Voce esquece compromissos ou eventos importantes com frequencia?
- 22. Voce tem dificuldade para lembrar nomes de pessoas conhecidas?
- 23. Voce consegue gerenciar suas financas sozinho(a)?
- 24. Voce tem dificuldade para aprender coisas novas?

- 25. Voce se perde em lugares conhecidos?
- 26. Voce tem dificuldade para encontrar palavras durante conversas?
- 27. Voce consegue lembrar o que comeu no cafe da manha hoje?
- 28. Voce tem dificuldade para tomar decisoes do dia a dia?
- 29. Voce consegue usar o telefone celular sem ajuda?
- 30. Voce se sente confuso(a) frequentemente?
- 31. Voce consegue seguir instrucoes de receitas ou manuais?
- 32. Voce tem dificuldade para se concentrar?
- 33. Alguem ja expressou preocupacao com sua memoria?
- 34. Voce consegue lembrar datas importantes (aniversarios, consultas)?
- 35. Voce tem dificuldade para reconhecer rostos familiares?

CATEGORIA 3: SAUDE CARDIOVASCULAR

- 36. Voce tem pressao alta (hipertensao)?
- 37. Voce faz uso de medicamentos para o coracao?
- 38. Voce sente dor ou desconforto no peito?
- 39. Voce tem falta de ar ao fazer atividades leves?
- 40. Voce tem diabetes?
- 41. Voce monitora sua pressao arterial regularmente?
- 42. Voce ja teve infarto ou AVC (derrame)?
- 43. Voce tem colesterol alto?
- 44. Voce sente palpitacoes ou batimentos cardiacos irregulares?
- 45. Voce fuma ou ja fumou?
- 46. Voce sente inchaco nas pernas ou pes?
- 47. Voce acorda a noite com falta de ar?
- 48. Voce tem historico familiar de problemas cardiacos?
- 49. Voce consulta um cardiologista regularmente?
- 50. Voce teve alguma cirurgia cardiaca?

CATEGORIA 4: NUTRICAO E ALIMENTACAO

- 51. Voce faz quantas refeicoes por dia?
- 52. Voce perdeu peso sem querer nos ultimos 6 meses?

- 53. Voce tem dificuldade para mastigar ou engolir?
- 54. Voce tem bom apetite?
- 55. Voce consome frutas e verduras diariamente?
- 56. Voce bebe agua suficiente durante o dia? (pelo menos 1,5L)
- 57. Voce tem restricoes alimentares ou alergias?
- 58. Voce consegue preparar suas proprias refeicoes?
- 59. Voce usa protese dentaria? Ela esta bem ajustada?
- 60. Voce teve alteracao no paladar recentemente?

CATEGORIA 5: SAUDE EMOCIONAL

- 61. Voce se sente triste ou desanimado(a) frequentemente?
- 62. Voce perdeu interesse em atividades que antes gostava?
- 63. Voce se sente ansioso(a) ou preocupado(a) excessivamente?
- 64. Voce tem dificuldade para dormir devido a preocupacoes?
- 65. Voce se sente sozinho(a) ou isolado(a)?
- 66. Voce ja pensou que a vida nao vale a pena?
- 67. Voce se sente irritado(a) com facilidade?
- 68. Voce tem medo de sair de casa?
- 69. Voce faz acompanhamento com psicologo ou psiquiatra?
- 70. Voce se sente satisfeito(a) com sua vida?

CATEGORIA 6: SONO E REPOUSO

- 71. Quantas horas voce dorme por noite em media?
- 72. Voce tem dificuldade para adormecer?
- 73. Voce acorda varias vezes durante a noite?
- 74. Voce acorda se sentindo cansado(a)?
- 75. Voce ronca ou tem apneia do sono?

CATEGORIA 7: VISAO E AUDICAO

- 76. Voce tem dificuldade para enxergar? Usa oculos?

- 77. Voce tem dificuldade para ouvir conversas?
- 78. Voce usa aparelho auditivo?
- 79. Voce faz exames de vista regularmente?
- 80. Voce tem zumbido nos ouvidos?

CATEGORIA 8: QUEDAS E EQUILIBRIO

- 81. Voce caiu alguma vez nos ultimos 6 meses?
- 82. Voce tem medo de cair?
- 83. Voce sente tonturas ou vertigens?
- 84. Voce tem dificuldade para manter o equilibrio?
- 85. Sua casa esta adaptada para evitar quedas? (tapetes seguros, iluminacao adequada)

CATEGORIA 9: MEDICAMENTOS

- 86. Quantos medicamentos voce toma por dia?
- 87. Voce toma seus medicamentos nos horarios corretos?
- 88. Voce tem dificuldade para lembrar de tomar os medicamentos?
- 89. Voce ja teve efeitos colaterais de medicamentos?
- 90. Voce usa algum sistema de organizacao de medicamentos?

CATEGORIA 10: SOCIAL E FAMILIAR

- 91. Voce mora sozinho(a) ou com alguem?
- 92. Voce tem filhos? Quantos?
- 93. Com que frequencia voce recebe visitas de familiares ou amigos?
- 94. Voce participa de atividades sociais ou grupos? (igreja, clube, etc)
- 95. Voce se sente apoiado(a) pela sua familia?
- 96. Voce tem alguem para ajuda-lo(a) em caso de emergencia?
- 97. Voce consegue sair de casa sozinho(a)?
- 98. Voce usa transporte publico ou precisa de ajuda para se locomover?
- 99. Voce se sente util e valorizado(a)?
- 100. Voce gostaria de participar de mais atividades sociais?

