

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL 20 (IVCF-20)

IDENTIFICAÇÃO		
Nome social:	Data da avaliação: ____/____/____	
Nome civil:	CPF/CNS:	
Raça/cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de nascimento: ____/____/____

IDADE	1. Qual é a sua idade? <input type="checkbox"/> 60 a 74 anos (0) <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos (1) <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos (3)	
PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: <input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa (0) <input type="checkbox"/> Regular ou ruim (1)	
AVD INSTRUMENTAL A pontuação máxima deste item é 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido "Sim" para todas as três questões.	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim (4) <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde (0) 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim (4) <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde (0) 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? <input type="checkbox"/> Sim (4) <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde (0)	
AVD BÁSICA	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="checkbox"/> Sim (6) <input type="checkbox"/> Não (0)	
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0) 8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0) 9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)	
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0) 11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)	
MOBILIDADE	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0) 13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0) 14. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <input type="checkbox"/> Não (0) <input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Perda de peso não intencional de 4,5kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6kg nos últimos 6 meses ou 3kg no último mês <input type="checkbox"/> Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22kg/m ² <input type="checkbox"/> Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31cm <input type="checkbox"/> Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos 15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0) 16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)	
CONTINÊNCIA ESFINCTERIANA	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)	
COMUNICAÇÃO	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? (É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.) <input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0) 19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? (É permitido o uso de aparelhos de audição.) <input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)	
COMORBIDADE MÚLTIPLA A pontuação máxima desta questão é 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido "Sim" para todas as três questões.	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <input type="checkbox"/> Não (0) <input type="checkbox"/> Sim (4) <input type="checkbox"/> Cinco ou mais doenças crônicas. <input type="checkbox"/> Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia. <input type="checkbox"/> Internação recente, nos últimos seis meses.	
PONTUAÇÃO TOTAL		

INTERPRETAÇÃO DO ESCORE (o teste tem pontuação total de 40 pontos):

- 0 a 6 pontos: baixa vulnerabilidade clínico funcional
- 7 a 10 pontos: moderada vulnerabilidade clínico funcional
- ≥ 15 pontos: alta vulnerabilidade clínico funcional