

## IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

## ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

www.ivcf-20.com.br

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 cuidador.			Pontuação
<b>IDADE</b>		<b>1. Qual é a sua idade?</b> <input type="radio"/> 60 a 74 anos <sup>0</sup> <input type="radio"/> 75 a 84 anos <sup>1</sup> <input type="radio"/> ≥ 85 anos <sup>3</sup>	
<b>AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE</b>		<b>2. Em geral, comparando com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:</b> <input type="radio"/> Excelente, muito boa ou boa <sup>0</sup> <input type="radio"/> Regular ou ruim <sup>1</sup>	
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>	AVD Instrumental <small>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</small>	<b>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?</b> <input type="radio"/> Sim <sup>4</sup> <input type="radio"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
		<b>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?</b> <input type="radio"/> Sim <sup>4</sup> <input type="radio"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		<b>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?</b> <input type="radio"/> Sim <sup>4</sup> <input type="radio"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
	AVD Básica	<b>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?</b> <input type="radio"/> Sim <sup>6</sup> <input type="radio"/> Não	
<b>COGNIÇÃO</b>		<b>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?</b> <input type="radio"/> Sim <sup>1</sup> <input type="radio"/> Não	
		<b>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?</b> <input type="radio"/> Sim <sup>1</sup> <input type="radio"/> Não	
		<b>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?</b> <input type="radio"/> Sim <sup>2</sup> <input type="radio"/> Não	
<b>HUMOR</b>		<b>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?</b> <input type="radio"/> Sim <sup>2</sup> <input type="radio"/> Não	
		<b>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?</b> <input type="radio"/> Sim <sup>2</sup> <input type="radio"/> Não	
<b>MOBILIDADE</b>	Alcance, preensão e pinça	<b>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?</b> <input type="radio"/> Sim <sup>1</sup> <input type="radio"/> Não	Máximo 2 pts
		<b>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?</b> <input type="radio"/> Sim <sup>1</sup> <input type="radio"/> Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	<b>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</b> <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 ( ) ;</li> <li>Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup> ( ) ;</li> <li>Circunferência da panturrilha a &lt; 31 cm ( ) ;</li> <li>Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) &gt; 5 segundos ( ) .</li> </ul> <input type="radio"/> Sim <sup>2</sup> <input type="radio"/> Não	
	Marcha	<b>15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?</b> <input type="radio"/> Sim <sup>2</sup> <input type="radio"/> Não	
		<b>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?</b> <input type="radio"/> Sim <sup>2</sup> <input type="radio"/> Não	
	Continência esfincteriana	<b>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</b> <input type="radio"/> Sim <sup>2</sup> <input type="radio"/> Não	
<b>COMUNICAÇÃO</b>	Visão	<b>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.</b> <input type="radio"/> Sim <sup>2</sup> <input type="radio"/> Não	
	Audição	<b>19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.</b> <input type="radio"/> Sim <sup>2</sup> <input type="radio"/> Não	
<b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b>	Polipatologia	<b>20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cinco ou mais doenças crônicas ( ) ;</li> <li>Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( ) ;</li> <li>Internação recente, nos últimos 6 meses ( ) .</li> </ul> <input type="radio"/> Sim <sup>4</sup> <input type="radio"/> Não	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
0 a 6 pontos: BAIXO RISCO (seguimento de rotina na APS) 7 a 14 pontos: MÉDIO RISCO (avaliação multidimensional na APS) 15 ou mais: ALTO RISCO (encaminhamento para Atenção Especializada)			PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)