

## ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

(Yesavage, 1983)

PACIENTE: \_\_\_\_\_

DATA DA AVALIAÇÃO: \_\_\_\_\_ AVALIADOR: \_\_\_\_\_

1. Você está satisfeito com sua vida? ( ) **Sim** ( ) **Não**
2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades? ( ) **Sim** ( ) **Não**
3. Sente que sua vida está vazia? ( ) **Sim** ( ) **Não**
4. Sente-se freqüentemente aborrecido? ( ) **Sim** ( ) **Não**
5. Você tem muita fé no futuro? ( ) **Sim** ( ) **Não**
6. Tem pensamentos negativos? ( ) **Sim** ( ) **Não**
7. Na maioria do tempo está de bom humor? ( ) **Sim** ( ) **Não**
8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer? ( ) **Sim** ( ) **Não**
9. Sente-se feliz na maioria do tempo? ( ) **Sim** ( ) **Não**
10. Sente-se freqüentemente desamparado, adoentado? ( ) **Sim** ( ) **Não**
11. Sente-se freqüentemente intranquilo? ( ) **Sim** ( ) **Não**
12. Prefere ficar em casa em vez de sair? ( ) **Sim** ( ) **Não**
13. Preocupa-se muito com o futuro? ( ) **Sim** ( ) **Não**
14. Acha que tem mais probl de memória que os outros? ( ) **Sim** ( ) **Não**
15. Acha bom estar vivo? ( ) **Sim** ( ) **Não**
16. Fica freqüentemente triste? ( ) **Sim** ( ) **Não**
17. Sente-se inútil? ( ) **Sim** ( ) **Não**
18. Preocupa-se muito com o passado? ( ) **Sim** ( ) **Não**
19. Acha a vida muito interessante? ( ) **Sim** ( ) **Não**
20. Para você é difícil começar novos projetos? ( ) **Sim** ( ) **Não**
21. Sente-se cheio de energia? ( ) **Sim** ( ) **Não**

## ANAMNESE IDOSOS

### IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_\_\_

Nome do depoente: \_\_\_\_\_

Relação com o paciente: \_\_\_\_\_

Telefones de contato: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Local de nascimento: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Médico de família: \_\_\_\_\_

Outro especialista : \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico (se houver): \_\_\_\_\_

Queixa: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### LEVANTAMENTO DE SINTOMAS

#### *Preocupações físicas*

- Dores de cabeça
- Tonturas
- Enjôos ou vômitos
- Fadiga excessiva
- Incontinência urinária/fecal
- Problemas intestinais
- Fraqueza de um lado do corpo \_\_\_\_\_ (Indicar a parte do corpo)
- Problemas com a coordenação
- Tremores
- Tiques ou movimentos estranhos
- Problemas de equilíbrio
- Desmãos

*Memória*

---

---

---

---

---

---

---

---

*Humor/Comportamento/Personalidade*

Tristeza ou depressão \_\_\_\_\_

Ansiedade ou nervosismo \_\_\_\_\_

Stresse \_\_\_\_\_

Problemas no sono [cochilo ( ) / dormindo muito ( )] \_\_\_\_\_

Tem pesadelos em uma base diária/semanal \_\_\_\_\_

Fica irritado facilmente \_\_\_\_\_

Sente euforia (se sentindo no topo do mundo) \_\_\_\_\_

Se sente muito emotivo (chorando facilmente) \_\_\_\_\_

Se sente como se nada mais importasse \_\_\_\_\_

Fica facilmente frustrado \_\_\_\_\_

Faz coisas automaticamente (sem consciência) \_\_\_\_\_

Se sente menos inibido (fazendo coisas que não fazia antes) \_\_\_\_\_

Tem dificuldade em ser espontâneo \_\_\_\_\_

Houve mudança na energia [perda ( ) / aumento ( )] \_\_\_\_\_

Houve mudança no apetite [perda ( ) / aumento ( )] \_\_\_\_\_

Houve mudança no peso [perda ( ) / aumento ( )] \_\_\_\_\_

Houve mudança no interesse sexual [aumento ( ) / queda ( )] \_\_\_\_\_

Houve falta de interesse em atividades prazerosas \_\_\_\_\_

Houve aumento de irritabilidade \_\_\_\_\_

Houve aumento na agressividade \_\_\_\_\_

Outras mudanças no humor, personalidade ou em como lida com as pessoas?

---

---

O paciente está passando por algum problema em sua vida nos aspectos a seguir listados?

Matrimônio/Familiar:

---

---

***Histórico Profissional***

O paciente trabalha atualmente? ( ) Sim ( ) Não

O paciente já se aposentou? ( ) Sim ( ) Não

Cargo ou função no trabalho: \_\_\_\_\_

***Lazer***

Resuma os tipos de lazer que o paciente gosta: \_\_\_\_\_

Ele ainda é capaz de realizar estas atividades? \_\_\_\_\_

Ele tem alguma religião ou frequenta alguma igreja? Sim Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

***Hipótese Diagnóstica:***

---

---

---

---

---

Outros

---

O paciente normalmente toma medicamentos?

---

---

---

O paciente fez consulta ou está sob tratamento psiquiátrico? Sim ( ) Não ( )

### ***Histórico do uso de substâncias***

---

---

---

---

---

---

### ***História da família***

Quantos irmãos o paciente tem? \_\_\_\_\_

Tem algum problema em comum (físico, acadêmico, psicológico) associado com algum dos seus irmãos? \_\_\_\_\_

Relação com a família:

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

Estado civil: \_\_\_\_\_

Quantos anos de casado(a) tem de \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_

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

Profissão do(a) esposo (a): \_\_\_\_\_

Saúde do(a) esposo (a): Excelente Boa Ruim

Há crianças em casa: \_\_\_\_\_

Quem mais atualmente vive em casa? \_\_\_\_\_

Algum membro da família tem problema de saúde ou necessidades especiais significantes? \_\_\_\_\_

Financeiro/Jurídico:

---

Serviços domésticos/Gerenciamento de dinheiro:

---

Condução de veículos:

---

Início dos Sintomas: \_\_\_\_\_

Sintomas se desenvolveram ( ) vagarosamente ( ) rapidamente

Seus sintomas ocorrem ( ) de vez em quando ( ) frequentemente

O que parece que fez o problema piorar?

---

### ***Histórico Médico***

Problemas médicos apresentados antes da condição atual do paciente:

Aterosclerose

---

Demência

---

Outras infecções no cérebro ou distúrbios (meningite, encefalite, privação de oxigênio etc)

---

Diabetes

---

Doenças cardíacas

---

Câncer

---

Doenças graves/distúrbios (doenças imunológicas, paralisia cerebral, pólio, pneumonia, etc)

---

Exposição à substância tóxica (ex: chumbo, solventes, químicos)

---

Grandes cirurgias

---

Problemas psiquiátricos

---

*Sensórias*

- Perda de sensações / Dormências (Indique o local) \_\_\_\_\_
  - Formigamentos ou sensações estranhas na pele (Indique o local) \_\_\_\_\_
  - Dificuldade de diferenciar quente e frio
  - Comprometimento visual
  - Vê coisas que não estão lá
  - Breves períodos de cegueira
  - Perda auditiva
  - Zumbidos nos ouvidos
  - Escuta sons estranhos
  - Dores (descreva) \_\_\_\_\_
- 
- 

*Preocupações Intelectuais*

- Dificuldade de resolver problemas que a maioria consegue
- Dificuldade de pensar rapidamente quando necessário
- Dificuldade de completar atividades em tempo razoável
- Dificuldade de fazer coisas seqüencialmente

*Linguagem*

---

---

---

---

---

*Habilidades não verbais*

- Problemas para encontrar caminhos em lugares familiares
- Dificuldade de reconhecer objetos ou pessoas
- Dificuldade de reconhecer partes do próprio corpo
- Dificuldade de orientação do tempo (dias, meses, ano)
- Outros problemas não verbais \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO (AGI)****1. IDENTIFICAÇÃO:**

Nome:			
Sexo:	Idade:	Profissão: (A)	Religião:
Estado civil:		Naturalidade:	Escolaridade:
Endereço:			Telefone:
Reside com:		Cuidador:	

**2. DIAGNÓSTICOS E MEDICAMENTOS:**

DIAGNÓSTICOS	MEDICAMENTOS	MODO DE USO
Principal:		
Comorbidades:		

**3. SITUAÇÃO VACINAL:**

- Influenza                      - Pneumococo                      - Tétano

**4. ATIVIDADE FÍSICA:**

- Frequência: ① < 3x/semana    ② ≥ 3x/semana

- Duração: ( ) < 30 min    ( ) ≥ 30 min

(C) Caminhada    (N) Hidroginástica/ Natação    (M) Musculação    (D) Dança    (O) Outra

**5. ATIVIDADE DE LAZER:**

- Frequência: ① não realiza    ② < 1x/semana    ③ 1x/semana    ④ 2 a 6x/semana    ⑤ 7x/semana    ⑥ não se aplica

(L) Leitura    (E) Escrita    (P) Participação em grupos    (J) Jogos    (A) Assistir a TV    (O) Ouvir música

(E) Palavras cruzadas    (T) Trabalhos manuais    (I) Tocar instrumentos    (U) Outros

**6. EQUILÍBRIO E MOBILIDADE:**

- Utiliza algum instrumento para auxiliar a deambulação? Sim/Não

- Quedas no último ano? Sim/Não    Se sim, quantas: \_\_\_\_\_

- Escala de Avaliação de Tinetti: Escore do Equilíbrio ( )    Escore de Marcha ( )    Escore Total ( )

**7. CONDIÇÕES EMOCIONAIS:**

- Escore na Escala de Depressão Geriátrica ( )

**8. FUNÇÃO COGNITIVA:**

- Escore no Miniexame do Estado Mental ( )

- Confusion Assessment Method: Delirium    Sim ( )    Não ( )

**9. DEFICIÊNCIAS SENSORIAIS:**

- Diminuição da acuidade auditiva: Sim/Não    - Teste do Sussurro: ( ) Normal    ( ) Alterado

- Diminuição da acuidade visual: Sim/Não    - Teste de Snellen: ( ) Normal    ( ) Alterado

**10. CAPACIDADE FUNCIONAL:**

- Escore na Escala de Katz ( )    - Escore na Escala de Lawton ( )

**11. ESTADO NUTRICIONAL:**

- Risco de Desnutrição: Sim/Não    - Escore na Miniavaliação Nutricional ( )

**12. INCONTINÊNCIA URINÁRIA: Sim/Não**