

PROGRAMA MAIS VIDA: ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO FRÁGIL
CENTRO DE REFERÊNCIA ENY FARIA DE OLIVEIRA

Nome do paciente:

CNS:	Data de nascimento:	Data do atendimento:	
------	---------------------	----------------------	--

Endereço:	N°	Bairro:
-----------	----	---------

Unidade de referência:	Autorização do gestor:
------------------------	------------------------

Critérios para atendimento do idoso frágil no CRASI/EFO:

- Idoso acima de 80 anos
- Acima de 60 anos:
- polipatologias: _____,
- polifarmácia: _____,
- Imobilidade parcial ou total
- Incontinência urinária ou fecal
- Instabilidade postural (02 quedas nos últimos seis meses)
- Incapacidade Cognitiva - ___Declínio cognitivo, ___Depressão, ___Síndrome demencial, ___Delirium
- História de internação hospitalar de repetição e/ou pós alta hospitalar
- Dependente para as atividades da vida diária - Grau de Dependência: _____
- Insuficiência familiar em situação de vulnerabilidade social na família ou Instituição de Longa permanência(ILP)

Exames complementares:

- Hemograma, Glicemia de jejum, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Vitamina B12, Ácido Fólico, Creatinina, TSH, T4 Livre, PSA, VDRL, Colesterol Fracionado, Triglicérides, Função Hepática, Proteína total/frações, Urina rotina, Pesquisa de sangue oculto nas fezes, Eletrocardiograma, Tomografia do Encéfalo não contrastada, Outros:

Observações clínicas:

Código / Senha – Autorização da Central de Agendamento:

Data da consulta: ____ / ____ / ____	Horário da consulta: _____
--------------------------------------	----------------------------

Local da consulta: Centro Eny Faria de Oliveira - Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

Rua Primeiro Centenário, nº101, Bairro Cândida Câmara

Assinatura / Carimbo do médico responsável