Ficha: cuidar de idosos com dependência física e mental

Observação de 7 dias para levar à consulta. Não é escala clínica nem substitui avaliação profissional.

Nome: _____ **Semana de:** _____ **a:** _____

ATIVIDADES BÁSICAS

Atividade	Faz sozinho	Faz com ajuda	Não faz	Observações
Tomar banho				
Vestir-se				
Usar o banheiro				
Sair da cama / da cadeira				
Controlar urina e fezes				
Alimentar-se				

ATIVIDADES DO DIA A DIA MAIS COMPLEXAS

Atividade	Faz sozinho	Faz com ajuda	Não faz	Observações
Usar o telefone				
Tomar os remédios certos				
Cuidar do dinheiro				
Fazer compras				
Preparar refeições				
Sair sozinho / transporte				

MEMÓRIA E COMPORTAMENTO (MARQUE E DESCREVA)

- ☐ Sabe o dia, o mês e onde está _____
- ☐ Reconhece familiares _____
- ☐ Repete perguntas ou esquece fatos recentes _____
- ☐ Fica agitado ou confuso (em que horário?) _____
- ☐ Sono: dorme bem / acorda à noite _____
- ☐ Humor: triste, ansioso, irritado _____

OBSERVAÇÕES PARA O MÉDICO OU A EQUIPE DE SAÚDE

_____

_____

_____

_____