



## FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA O CREASI

LEIA COM ATENÇÃO AS ORIENTAÇÕES, POIS APENAS FORMULÁRIOS COMPLETAMENTE PREENCHIDOS, SEM RASURAS E COM INFORMAÇÕES CLARAS SERÃO ACEITOS PARA AVALIAÇÃO:

1. É obrigatório que o formulário seja preenchido completamente por médicos ou enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou de Equipes de Saúde da Família (EqSF) que realizam o acompanhamento da condição de saúde da pessoa idosa encaminhada para o CREASI.
2. Informações relevantes que justifiquem o encaminhamento deverão ser explicitadas, como resultados de exames, de testes de rastreio entre outros.
3. Devem ser entregues juntamente com este formulário a cópia do RG, CPF, Cartão SUS e Comprovante de Residência.
4. Dúvidas e esclarecimentos através do site: [www.saude.ba.gov.br/creasi](http://www.saude.ba.gov.br/creasi) ou e-mail: [creasi.sac@saude.ba.gov.br](mailto:creasi.sac@saude.ba.gov.br).

### IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE ORIGEM

(É IMPRESCINDÍVEL QUE TODOS OS CAMPOS SEJAM PREENCHIDOS)

UNIDADE DE ORIGEM:	( ) UBS ( ) ESF	DISTRITO SANITÁRIO:
TELEFONES DA UNIDADE: ( )		DATA:
E-MAIL DA UNIDADE:		
PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA DO PACIENTE:		
AGENTE COMUNITÁRIO:		TEM NASF NA EQUIPE? ( ) SIM ( ) NÃO
DESDE QUANDO ACOMPANHA O PACIENTE:		MUNICÍPIO:

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

(É IMPRESCINDÍVEL QUE TODOS OS CAMPOS SEJAM PREENCHIDOS)

NOME:	NOME SOCIAL:	
Nº DO REGISTRO DO PACIENTE NA UNIDADE DE ORIGEM:		
SEXO: ( ) M ( ) F	IDADE:	ESCOLARIDADE:
TELEFONES: ( )		JÁ FOI PACIENTE DO CREASI: ( ) SIM ( ) NÃO

### ESTRATIFICAÇÃO FUNCIONAL

(É IMPRESCINDÍVEL QUE TODOS OS CAMPOS SEJAM PREENCHIDOS)

ASSINALAR NÍVEL CORRESPONDENTE:			
	INDEPENDÊNCIA IDOSO ROBUSTO	DECLÍNIO FUNCIONAL IMINENTE IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO	DECLÍNIO FUNCIONAL ESTABELECIDO IDOSO FRÁGIL

**Nível 1:** São idosos que apresentam independência para todas as Atividades de Vida Diária e Instrumentais, associado à **ausência** de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade. São indivíduos que envelheceram livres de comorbidades, com preservação da cognição, humor, mobilidade e comunicação.

**Nível 2:** São idosos que apresentam independência para todas as Atividades de Vida Diária e Instrumentais, associado à **ausência** de doenças estabelecidas. Todavia, apresentam condições crônicas de saúde como hipertensão arterial sem lesão de órgãos alvo, tabagismo, dislipidemia, etc.

**Nível 3:** São idosos que apresentam independência para as Atividades de Vida Diária e Instrumentais, associado à **presença** de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) isoladas e de baixa complexidade clínica.

**Nível 4:** São idosos que apresentam independência para as Atividades de Vida Diária, capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma. Todavia, encontram-se em um estado dinâmico entre a senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas **SEM** dependência funcional. Apresentam uma ou mais doenças e agravos não transmissíveis (DANT) preditores de desfechos adversos, como: comorbidades múltiplas; polifarmácia; evidência de sarcopenia, internação recente ou risco social elevado.

**Nível 5:** São idosos que apresentam independência para as Atividades de Vida Diária e Instrumentais, associado à **presença** de doenças e agravos não transmissíveis (DANT). O declínio funcional é percebido somente para atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas e recreativas.

**Nível 6:** São idosos que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as atividades básicas de vida diária ou atividades básicas.

**Nível 7:** São idosos que apresentam declínio funcional em **todas** as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda independentes para as atividades básicas de vida diária ou atividades básicas.

**Nível 8:** São idosos que apresentam dependência completa nas atividades de vida diária instrumentais (AVDI) associada à semi-dependência nas atividades básicas.

**Nível 9:** São idosos que apresentam dependência completa nas atividades instrumentais associadas à dependência parcial nas atividades básicas, com comprometimento em funções como transferência e/ou continência. Não deve ser considerada a presença isolada de incontinência.

**Nível 10:** São idosos que apresentam dependência completa nas atividades instrumentais associadas à dependência completa nas atividades básicas. Representa o grau máximo de dependência funcional.

NÃO PREENCHA ESTE FORMULÁRIO CASO NÃO ACOMPANHE O PACIENTE

**COMORBIDADES**

(É IMPRESCINDÍVEL QUE TODOS OS CAMPOS SEJAM PREENCHIDOS)

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA     | <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA               | <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSE  |
| <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS                  | <input type="checkbox"/> IMOBILIDADE                  | <input type="checkbox"/> OUTROS _____ |
| <input type="checkbox"/> DÉFICIT COGNITIVO MEEM* _____      | <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA _____ |                                       |
| <input type="checkbox"/> DEPRESSÃO GDS** _____              | <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA FECAL _____    |                                       |
| <input type="checkbox"/> POLIFARMÁCIA (+ DE 5 MEDICAMENTOS) | <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA FAMILIAR _____ |                                       |

ASSINALAR ESCORE CORRESPONDENTE; \* ESCORE DO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL; \*\* ESCORE DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA.

**OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES (QUADRO CLÍNICO / FUNCIONAL / EXAMES / ETC)**

(É IMPRESCINDÍVEL QUE TODOS OS CAMPOS SEJAM PREENCHIDOS)

**NÚCLEO FAMILIAR**

(É IMPRESCINDÍVEL QUE TODOS OS CAMPOS SEJAM PREENCHIDOS)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <b>MORA:</b>  | <b>NECESSIDADE DE CUIDADOR:</b>                           | <b>AO LONGO DO DIA PERMANECE A MAIOR PARTE DO TEMPO:</b>                      |
| <input type="checkbox"/> COM A FAMÍLIA                              | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> SOZINHO(A) <input type="checkbox"/> COM FAMILIARES   |
| <input type="checkbox"/> SOZINHO(A)                                 | <b>POSSUI CUIDADOR:</b>                                   | <input type="checkbox"/> COM VIZINHOS <input type="checkbox"/> COM CUIDADORES |
| <input type="checkbox"/> EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA – ILPI | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM |   |

**PLANO TERAPÊUTICO ATUAL DO IDOSO (MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO)**

(É IMPRESCINDÍVEL QUE TODOS OS CAMPOS SEJAM PREENCHIDOS)

**SUGESTÕES DE COMO O CREASI PODE CONTRIBUIR COM O PLANO TERAPÊUTICO PROPOSTO**

(É IMPRESCINDÍVEL QUE TODOS OS CAMPOS SEJAM PREENCHIDOS)

**ATENÇÃO: O PACIENTE ADMITIDO NO CREASI DEVERÁ PERMANECER EM ACOMPANHAMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM.**

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL DA UNIDADE DE ORIGEM**IMPORTANTE:** Em até 30 dias, o CREASI informará à Unidade de origem e/ou Paciente se o caso está ou não dentro dos critérios para matrícula.**PARECER DO CREASI**

- 
- Deferido
- 
- Indeferido
- 
- Devolvido Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo:

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO(A) PROFISSIONAL/ENFERMEIRA DO CREASI

Retorno dado a \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da consulta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO(A) PROFISSIONAL/ENFERMEIRA DO CREASI