

Instrumento de visita domiciliar ao idoso com tuberculose

Autora: Salmana Rianne Pereira Alves

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anne Jaquelyne Roque Barreto

Instituição desenvolvedora: Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – FACENE
Nível - Mestrado Profissional em Saúde da Família-FACENE

Ano: 2017

INSTRUMENTO DE VISITA DOMICILIAR AO IDOSO COM TUBERCULOSE – IVDIT

INSTRUMENTO DE VISITA DOMICILIAR AO IDOSO COM TUBERCULOSE – IVDIT

| CATEGORIA I - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nome: _____ | | | | Prontuário/Cartão SUS: _____ | | |
| Data de Nascimento: ____/____/____ | | | Idade: _____ | | Gênero: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | |
| Bairro: _____ | | | Cidade: _____ | | UF: _____ | |
| Escolaridade: _____ | | Renda: _____ | | Ambiente Arejado: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | |
| UBS: _____ | | | Telefone: _____ | | | |
| VARIÁVEIS | DIA/MÊS/ANO / / | DIA/MÊS/ANO / / | DIA/MÊS/ANO / / | DIA/MÊS/ANO / / | DIA/MÊS/ANO / / | DIA/MÊS/ANO / / |
| CATEGORIA II – ASPECTOS REFERENTES A VD | | | | | | |
| Período de realização das visitas | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde Hr: _____ | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde Hr: _____ | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde Hr: _____ | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde Hr: _____ | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde Hr: _____ | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde Hr: _____ |
| Intercorrência | 1.Rotina 2.Solicitação do ACS 3.Abandono/Adesão ineficaz ao tratamento 4.Outros _____ <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. |
| CATEGORIA III CONDIÇÃO DO USUÁRIO | | | | | | |
| Peso | _____ kg | _____ kg | _____ kg | _____ kg | _____ kg | _____ kg |
| Higiene | 1. Satisfatório 2. Insatisfatória <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. |
| Cuidador* | 1.Sim, _____ 2.Não <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. |
| Hospitalização | 1.Sim 2.Não 3.Tempo Hospitalização <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. 3. _____ | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. 3. _____ | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. 3. _____ | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. 3. _____ | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. 3. _____ | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. 3. _____ |
| Fatores de Risco | 1.Tabagista 2.Etilista 3.Imunossupressores 4.Outros _____ <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. |
| Comorbidades | 1.Infecção pelo HIV/Aids 2.Transplantado 3.Insuficiência Renal 4.Neoplasias 5.DM 6.HAS 7.DPOC 8.Alterações Hepática 9.Pneumonia 10.Depressão 11.Outros _____ <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. |
| Sintomatologia apresentada | 1.Tosse seca 2.Febre baixa 3.Dispnéia 4.Alterações de cognição 5.Fadiga 6.Aterações nas AVD's 7.Sudorese Noturna 8.Hemoptise 9.Dor torácica 10.Expectoração 11.Anorexia 12.Outros _____ <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. |
| Exame(s) Realizado(s) | 1. Cultura de escarro 2. Raio X 3. Prova Tuberculínica 4. Sorologia Anti-HIV 5. Outros _____ 6. Baciloscopia <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. |
| Dose Supervisionada | 1.Sim 2. Não <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Hr: _____ | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Hr: _____ | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Hr: _____ | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Hr: _____ | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Hr: _____ | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Hr: _____ |
| Medicações Utilizadas | 1.Rifampicina 2.Isoniazida <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. | <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. |

