

DARLINTON CARDOSO FONSECA^{1*}, KELLY CRISTINA COSTA GUEDES NASCIMENTO¹, FERNANDA DOS SANTOS FIALHO¹, MARINA MEDEIROS LUSTOSA¹, RODRIGO DA SILVA DIAS¹.

¹Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém – Pará. *E-mail: darlinton.cf@gmail.com

PREVALÊNCIA DE SÍNDROMES GERIÁTRICAS EM UMA POPULAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO PARÁ

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO

1. Qual a sua idade? (Anos completos na data da entrevista): _____ anos
a- () 60 a 70 anos b- () 71 a 80 anos c- () 81 a 90 anos
d- () 91 a 100 anos e- () acima de 100 anos

2. Em relação a sua raça, você se considera:
a- () branco b- () negro c- () pardo d- () amarelo e- () índio

3. Quantos anos completos você tem de estudo? _____ anos
a- () < 5 anos b- () entre 5 e 9 anos c- () dez anos ou mais

4. Você exerce alguma atividade remunerada?
a- () Sim b- () Não

5. Se sua resposta foi sim, qual sua profissão?

6. Renda Familiar: Sua renda e de sua família está em torno de (per capita): salário total:
_____ membros da família: _____
a- () menos do que um salário mínimo
b- () entre um e dois salários mínimos
c- () três ou mais salários mínimo

7. Estado marital?
a- () companheiro fixo b- () sem companheiro fixo

FORMULÁRIO CLÍNICO**Quais síndromes geriátricas apresenta?**

1- () Iatrogenia

2- () Instabilidade Postural e Quedas

3- () Imobilidade

4- () Insuficiência Cognitiva

5- () Incontinência Urinária e Fecal

Quais são os sintomas que mais lhe incomodam:

1- () Não apresenta sintomas

2- () Dificuldade para deambular

3- () Dificuldade para se comunicar

4- () Dificuldade de controle dos Esfíncteres

5- () Outros: _____

Níveis de Consciência:

A – () Desorientado

B – () Orientado no tempo

C – () Orientado no espaço

D – () Clareza de Consciência

E – ()

Você tem relações sexuais?

1- () Sim

2- () Não

Nível de atividade física

1- () Não pratica

2- () Menos que 3x/semana e menos que 60 minutos

3- () 3x/semana e por 60 minutos ou mais

4- () Mais que 3x/semana e por 60 minutos ou mais

Doenças prévias:

1- () Nenhuma doença

2- () Diabetes

3- () Câncer

4- () Doença cardiovascular prévia (história prévia de infarto agudo do miocárdio e história prévia de acidente vascular encefálico)

Tabagismo

1- () Sim

2- () Não

Uso de medicamentos?

A- () Sim

B- () Não

Quantos medicamentos em uso?

A - () Nenhum

B - () 1 a 2

C - () 3 a 4

D - () 5

E - () acima de 5

Você é hipertenso?

A - () Sim

B - () Não