

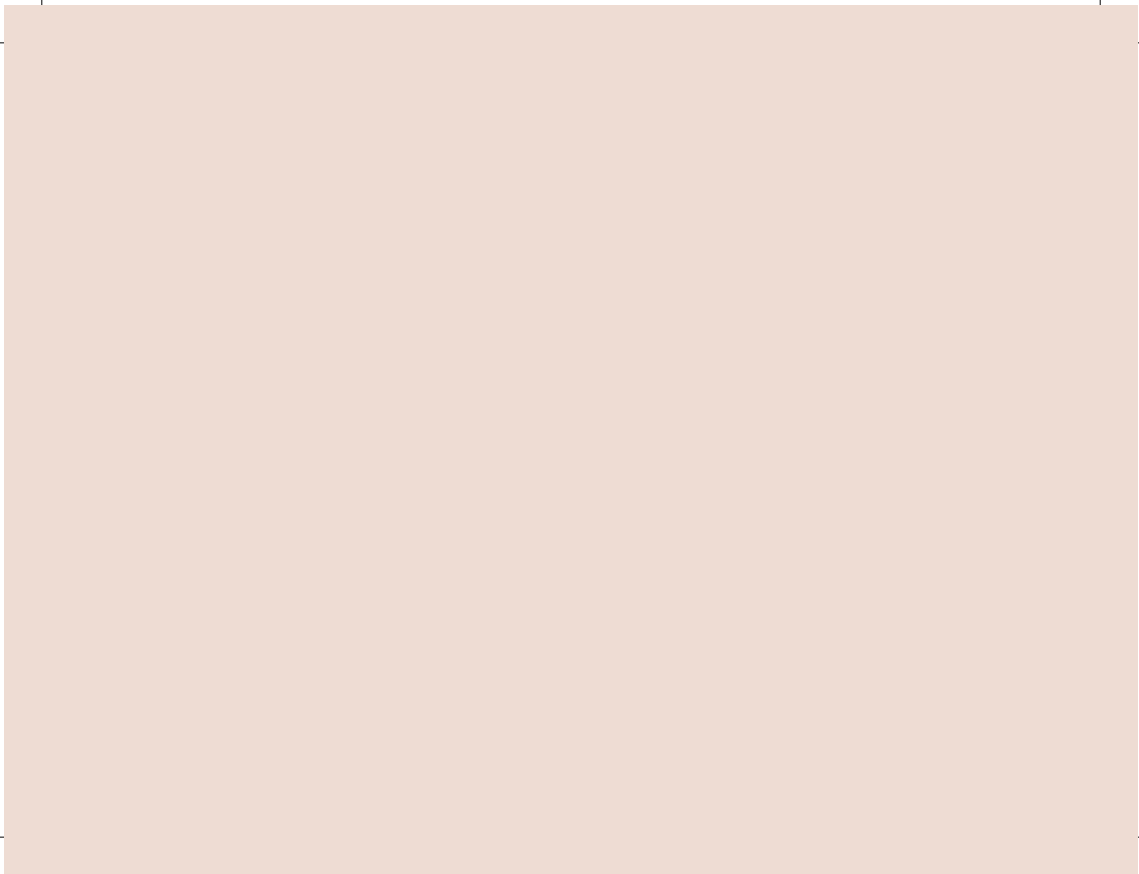
Ministério da Saúde

Caderneta de

Saúde

da

Pessoa
Idosa



CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

1. APRESENTAÇÃO

O Estatuto do Idoso representou uma grande conquista social e um marco na garantia de direitos. Nele foi destacada a atenção integral à saúde do idoso pelo Sistema Único de Saúde, assim como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

A Constituição Federal coloca a saúde como um direito de todos e é um dever do Estado garanti-la. O Ministério da Saúde está disponibilizando agora a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Este documento faz parte de uma estratégia para o acompanhamento da saúde de nossa população idosa.

Nessa Caderneta serão registradas informações importantes sobre as condições de sua saúde e irá auxiliar os profissionais de saúde sobre quais as ações necessárias para que você tenha um envelhecimento ativo e saudável. Com ela você poderá acompanhar a evolução de sua saúde.

Essa é mais uma ação que traduz o compromisso de todos os gestores com a saúde integral da população idosa.

Ande sempre com sua Caderneta e não se esqueça de levá-la nas consultas com os profissionais de saúde.

Envelhecer com saúde é um direito seu de cidadania. Mas não se esqueça de fazer a sua parte praticando alguma atividade física: ande, dance, namore, faça todas as coisas que te dão prazer. Participe das atividades de sua comunidade. Saia com seus amigos e amigas. Pratique saúde com sua família, passeando e se divertindo juntos.

Lembre-se sempre que envelhecer não é sinônimo de doença e se notar qualquer alteração no seu dia-a-dia procure o serviço de saúde mais próximo de você.

2. MINHA IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Como eu sou mais conhecido: _____

N.º Cartão do SUS: _____

Documento de identidade: _____

Sexo: () masculino () feminino

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

N.º: _____ Complemento: _____

Bairro: _____

Ponto de referência: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Estado: ____ Telefone: _____ Celular: _____

Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () separado () outros

Minha escolaridade: () analfabeto () até 4 anos
() 4 a 8 anos () 8 anos ou mais

Sou aposentado: () sim () não

Minha ocupação antes de aposentar: _____

Minha ocupação atual: _____

Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Meus hábitos de vida: Fumo () não () sim

() fumo freqüentemente () fumo raramente () parei de fumar

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Bebida alcoólica () não () sim

() bebo frequentemente () bebo raramente () parei de beber

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Atividade física () não () sim

() faço frequentemente () faço raramente () parei de fazer

Tipo: _____ Freqüência: _____ Tempo: _____

3. MORAM COMIGO _____ pessoas

4. FICO SOZINHO A MAIOR PARTE DO DIA? () sim () não

5. PESSOA QUE PODERIA CUIDAR DE MIM CASO EU PRECISASSE

Nome: _____

Grau de vínculo: _____

Esta pessoa mora próximo de mim? () sim () não

Endereço: _____ N.º: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de referência: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Estado: ____ Telefone: _____ Celular: _____

Eu necessito de cuidados para o dia-a-dia? () sim () não

Obs.: _____

7. MEUS PROBLEMAS ATUAIS DE SAÚDE SÃO:

1)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

8)

9)

10)

11)

12)

13)

14)

8. MEDICAMENTOS QUE ESTOU USANDO, DOSAGEM E QUANTAS VEZES AO DIA

1)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

8)

9)

10)

11)

12)

13)

14)

9. OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

9.1. Internações

		Ano											
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010					
Número de internações	1.º sem.												
	2.º sem.												

Obs: _____

9.2. Ocorrência de quedas

		Ano											
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010					
Número de quedas	1.º sem.												
	2.º sem.												

Obs: _____

9.3. Sou alérgico ou tenho intolerância a:

Medicamentos:

1)

2)

3)

4)

Alimentos:

1)

2)

3)

4)

Agentes ambientais (exemplo: poeira, mofo, fumaça, pêlo de animal):

1)

2)

3)

4)

10. COISAS QUE EU NÃO POSSO ESQUECER

- ❑ SEMPRE CARREGAR A MINHA CADERNETA COMIGO PRINCIPALMENTE QUANDO EU FOR AO SERVIÇO DE SAÚDE.**
- ❑ CONVERSAR COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE, TIRAR MINHAS DÚVIDAS E PEDIR ORIENTAÇÕES.**
- ❑ TOMAR AS MINHAS VACINAS.**
- ❑ MANTER, SEMPRE QUE POSSÍVEL, MINHA VIDA SOCIAL ATIVA, PRATICANDO EXERCÍCIOS, PARTICIPANDO DE REUNIÕES COM FAMILIARES E AMIGOS.**
- ❑ COMER ALIMENTOS SAUDÁVEIS.**
- ❑ EVITAR CIGARRO E BEBIDAS ALCOÓLICAS.**
- ❑ MINHA ATIVIDADE SEXUAL NÃO TERMINA AOS 60 ANOS, LOGO, DEVO ME PREVENIR DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. O USO DO PRESERVATIVO É A MELHOR FORMA DE PREVENÇÃO. A PREVENÇÃO É UM ATO DE AMOR E CUIDADO POR SI E PELO COMPANHEIRO.**
- ❑ SOLICITAR AO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE MANTENHA MINHA CADERNETA SEMPRE ATUALIZADA.**

VACINAS

Contra *influenza* (gripe), a cada ano.

Contra difteria e tétano, a cada dez anos.

Contra pneumonia causada por pneumococo, por recomendação do profissional de saúde.

Contra febre amarela, a cada dez anos se eu for residente em regiões onde a doença ocorre ou quando eu for viajar para essas regiões.

INFORMAÇÕES SOBRE A VACINA A SER APLICADA

Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____
Dose: _____	Dose: _____	Dose: _____	Dose: _____	Dose: _____
US: _____	US: _____	US: _____	US: _____	US: _____
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____

Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____
Dose: _____	Dose: _____	Dose: _____	Dose: _____	Dose: _____
US: _____	US: _____	US: _____	US: _____	US: _____
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____

Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____
Dose: _____	Dose: _____	Dose: _____	Dose: _____	Dose: _____
US: _____	US: _____	US: _____	US: _____	US: _____
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____

Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____
Dose: _____	Dose: _____	Dose: _____	Dose: _____	Dose: _____
US: _____	US: _____	US: _____	US: _____	US: _____
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____

11. SERVIÇOS E TELEFONES ÚTEIS

Disque saúde – 0800 61 1997 – serviço gratuito funciona todos os dias das 8h às 18h. Pode ser acionado de qualquer telefone público.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – 192

Corpo de Bombeiros – 193

Violência contra a mulher – 180

Site do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br

Site da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs

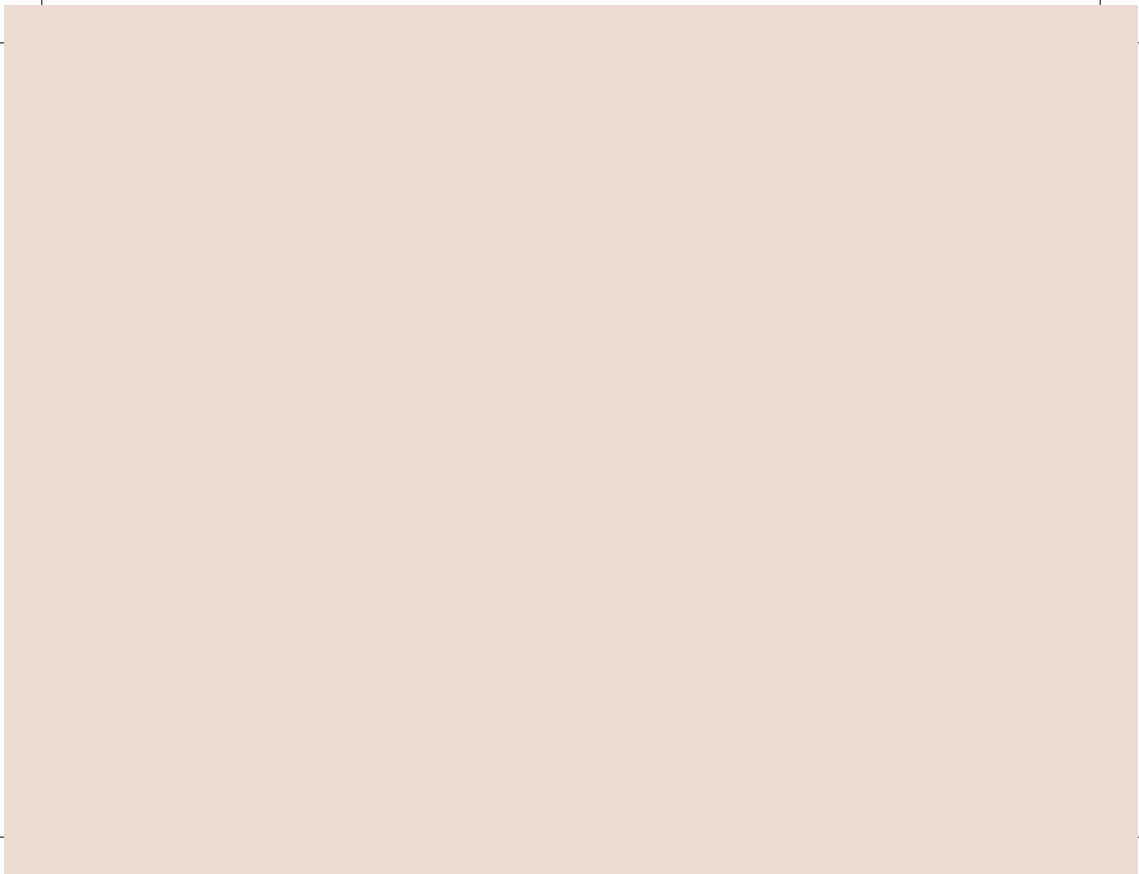
Saúde Legis: www.saude.gov.br/saudelegis

E-mail do Ministério da Saúde: idoso@saude.gov.br

Procons – denúncias contra empresas de planos e seguros de saúde.

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde – denúncias de problemas de atendimento no SUS.

Delegacia de Polícia, ministérios públicos estaduais, conselhos estaduais e municipais do idoso – denúncia de maus-tratos, pessoalmente, por carta ou telefone.



MAIORES INFORMAÇÕES:

**DISQUE SAÚDE
0800 61 1997**