Por favor escolha as opções que se aplicam a sua instituição

nutritionDay worldwide

Lar de Idosos
Folha 1

Data | | | | | | | | | |

Center-Code | | | | | |

Código da Unidade | | | | | |

Número de residentes na unidade	
Número máximo de residentes na unidade	
Número máximo de residentes na instituição	

Há um diestista ou nutricionista nesta unidade?

- ○ SIM
- ○ Não

Existe um profissional responsável pelos cuidados nutricionais?

- ○ SIM
- ○ Não

É realizado rastreio de malnutrição/risco de malnutrição aos residentes? (escolher apenas uma)

- ○ Uma vez, na admissão
- ○ Aproximadamente uma vez por mês
- ○ 4 - 6 vezes por ano
- ○ 1 - 2 vezes por ano
- ○ nunca

A avaliação da malnutrição/risco de malnutrição de todos os residentes é realizado através de: (pode seleccionar várias)

- ○ Índice de Massa Corporal (IMC)
- ○ Evolução do peso
- ○ Monitorizaão da ingestão alimentar
- ○ História Clínica
- ○ Ferramenta de rastreio da malnutrição (MNA-SF, MUST, NRS, …)
- ○ Outras

Quantas vezes pesa os residentes rotineiramente? (escolher apenas uma)

- ○ Uma vez, na admissão
- ○ Aproximadamente uma vez por mês
- ○ 4 - 6 vezes por ano
- ○ 1 - 2 vezes por ano
- ○ nunca

Obrigado

©Hiesmayr / Schindler ESPEN - AKE - Austria / Volkert / Streicher FAU - Germany

Por favor escolha as opções que se aplicam ao residente

nutritionDay worldwide

Lar de Idosos
Folha 2

Data | | | | | | | | |
Código do Centro | | | | | |
Código da Unidade | | | | | |

Consentimento ○ Escrito/Verbal ○ Rejeição
Residente participou no ano anterior ○ SIM ○ Não
Número de residente | | |
Primeiro Nome (2 iniciais) | |
Último Nome (2 iniciais) | |
ano de nascimento | | | | |

Data de admissão | | | | | | | | |
Género ○ Masculino ○ Feminino
altura (m) | | |
Peso atual (kg) | | | |
Peso (kg) à 3 meses atrás | | | |
Peso (kg) à 1 ano atrás | | | |

Tempo necessário para a realização dos cuidados básicos
- ○ Não necessita de cuidados
- ○ < 45 minutos / dia
- ○ 46 - 119 minutos / dia
- ○ 120 - 239 minutos / dia
- ○ > 240 minutos / dia

Mobilidade
- ○ restrito ao leito ou à cadeira de rodas
- ○ pode sair da cama/cadeira,mas não sai da unidade
- ○ sai da unidade

Residente é capaz de se expressar verbalmente e/ou não verbalmente ○ SIM ○ Não

Estado cognitivo
- ○ Demência severa
- ○ demência leve
- ○ Sem demência

Depressão
- ○ Depressão severa
- ○ Depressão leve
- ○ Sem depressão

Diagnósticos que justificam os cuidados (pode seleccionar várias)
- ○ Cancro
- ○ Cérebro, nervos: ex. demência, acidente vascular cerebral, MS, M. Parkinson
- ○ esqueleto/ossos/músculos
- ○ Coração, Circulação Pulmão: Ex. MI, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrotiva crónica
- ○ Others

Doença aguda ou stress psicológico nos últimos 3 meses? ○ SIM ○ Não

Ficaria surpreso se este residente morresse nos próximos

6 meses	○ SIM	○ Não	○ não sei	○ Não responde
4 semanas	○ SIM	○ Não	○ não sei	○ Não responde

Número de medicamentos / dia | |

Antidrepessivos	○ SIM	○ Não
Antibióticos	○ SIM	○ Não
Opiácios	○ SIM	○ Não
Sedativos	○ SIM	○ Não
Anti-psicóticos ou Ansiolítico	○ SIM	○ Não

Malnutrição	○ SIM	○ Em risco	○ Não
Desidratação	○ SIM		○ Não
Disfagia	○ SIM		○ Não
Problemas de mastigação	○ SIM		○ Não
Nutrição Oral	○ SIM		○ Não
Se sim: Dieta líquida	○ SIM		○ Não
Dieta fortificada	○ SIM		○ Não
Suplementos nutricionais orais (Fórmula rica em proteínas e energia)	○ SIM		○ Não
Nutrição entérica	○ SIM		○ Não
nutrição parentérica	○ SIM		○ Não
Infusão de fluídos	○ SIM		○ Não

Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?
- ○ redução severa
- ○ redução moderada
- ○ não houve redução

Como é que o residente se tem alimentado na última semana?
- ○ Melhor
- ○ Como de costume
- ○ Um pouco pior
- ○ Muito pior
- ○ nada
- ○ Nada porque está com nutrição entérica/parentérica

Por favor indique a quantidade ingerida pelo residente hoje ao almoço
- ○ 3/4 ou a totalidade
- ○ 1/2
- ○ 1/4
- ○ nada
- ○ Nada porque está com nutrição entérica/parentérica
- ○ não sei

O residente precisou de ajuda para ingerir a refeição? ○ SIM ○ Não

Obrigado

©Hiesmayr / Schindler ESPEN - AKE - Austria / Volkert / Streicher FAU - Germany

Lista dos residentes da unidade e desfecho (todos os residentes da auditoria)

nutritionDay worldwide

POR FAVOR GUARDE localmente

Codificação
A=ainda no lar
B=transferido para outro lar
C=alta domiciliar
D=falecimento
E=outros

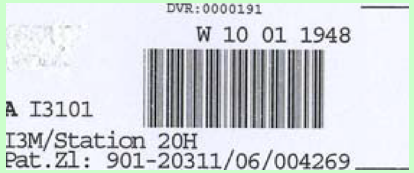
Código do Centro

Código da Unidade

Data

Data da avaliaçãodo do desfecho

DESFECHO APÓS 6 MESES

Nome, Sobrenome, data de nascimento ou vinheta do residente	Número de residente	Habitação após 6 meses	Data da transferência para outra unidade, falecimento,…	PESO actual (kg)	*nos últimos 6 meses*			Comentários
					hospitalizções		Número de faltas	
					Número	em dias		
				preencher apenas se A, D ou E se aplicar				
	1	A	24.04.2017	75,2 kg	2	17	3	

Obrigado

©Hiesmayr / Schindler ESPEN - AKE - Austria / Volkert / Streicher FAU - Germany