

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

Nome: _____ **Idade:** _____ **Sexo:** Fem [] Masc []

Escolaridade: Analfabeto [] 1-4 anos [] 5-8 anos [] >8 anos []	Situação conjugal Casado ou união consensual [] Desquitado/ separado judic/ [] Divorciado [] Viúvo [] Solteiro [] Separado []	Ocupação Aposentado com outra ocupação [] Aposentado sem outra ocupação [] Trabalhos domésticos [] Trabalho fora do domicílio []	Renda Aposentadoria [] Pensão [] Mesada dos filhos [] Aluguel [] Trabalho [] Outras _____
Local de residência Casa térrea [] Casa duplex [] Apartamento [] ILP [] Outros []	Residência Sozinho [] Filhos [] Outros familiares [] Empregada doméstica [] Cuidadores [] Outros []	Religião Católica [] Evangélica [] Espírita [] Budista [] Outra []	Atividades sociais Sim [] Não [] Quais? _____ _____ _____

INVENTÁRIO DE DOENÇAS PRÉVIAS E MEDICAMENTOS REFERENCIAIS

Doença(s)	Medicamento(s)	Como usa?	Tempo de uso

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

DIMENSÃO CLÍNICA

Visão normal [] Déficit visual [] Usa corretores []	Audição normal [] Déficit auditivo [] Usa corretores []	Continência fecal [] Incontinência fecal [] Tempo: _____ Continência urinária [] Incontinência urinária [] Tempo: _____	Sono normal [] Distúrbio do sono [] Qual? _____
Doenças cardiovasculares: Sim [] Não [] Doenças osteoarticulares: Sim [] Não []		Uso de órteses: _____ Uso de próteses: _____	
Situação vacinal: Influenza [] Pneumococo [] Tétano [] Hepatite B [] Febre amarela []	Data da última vacina para: Influenza: _____ Tétano: _____ Pneumococo: _____		Quedas nos últimos 12 meses? Sim [] Não [] Quantas? _____
Polifarmácia Sim [] Não []	Fumante [] Não fumante [] Ex-fumante [] Parou há quanto tempo? _____	Uso seguro do álcool [] Uso nocivo do álcool [] Dependência do álcool [] Não bebe [] Se parou, há quanto tempo? _____	Não faz atividade física [] Caminhadas [] Musculação [] Hidroginástica [] Outras _____ Quantas vezes/semana? _____

DIMENSÃO FUNCIONAL

Dimensão avaliada	Escores do paciente	Interpretação
ESTADO FUNCIONAL		
Equilíbrio e mobilidade		Risco baixo de quedas [] Risco aumentado de quedas []
"Teste do levantar e andar" - GUG		1. Normal [] 2. Anormalidade leve [] 3. Anormalidade média [] 4. Anormalidade moderada [] 5. Anormalidade grave []
Atividades básicas de vida diária (ABVDs)		Independente [] Dependente []
Escala de Barthel para avaliação funcional		< 20 – Dependência total [] 20 a 35 – Dependência grave [] 40 a 55 – Dependência moderada [] 60 a 95 – Dependência leve [] 100 – Independente []
Dimensão avaliada	Escores do paciente	Interpretação

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

Atividades instrumentais de vida diária (AIVDs)		Independente [] Dependente []
Questionário de Pfeffer para atividades funcionais		< 6 pontos – Normal [] ≥ 6 pontos – Comprometido []
COGNIÇÃO		Normal [] Déficit []
Minixame do estado mental (MEEM)		Pontuação normal para escolaridade [] Pontuação alterada para escolaridade []
Fluência verbal (Categoria semântica)		Pontuação normal para escolaridade [] Pontuação diminuída para escolaridade []
Teste do desenho do relógio		Pontuação normal [] Comprometido []
HUMOR		Normal [] Alterado []
Escala de depressão geriátrica de Yesavage (versão 15 itens)		≤ 5 pontos – Normal [] ≥ 7 pontos – Depressão [] ≥ 11 pontos – Depressão moderada a grave []
ESTADO NUTRICIONAL		Ausência de risco nutricional [] Presença de risco nutricional []
Miniavaliação nutricional de Guigó (MAN)		< 17 pontos – Desnutrido [] 17 a 23,5 pontos – Risco de desnutrição [] ≥ 24 pontos – Nutrido []
SUPORTE SOCIAL		Adequado [] Não adequado []
Apgar da família e dos amigos		< 3 pontos – Acentuada disfunção [] 4 – 6 pontos – Moderada disfunção [] > 6 pontos – Leve disfunção []
Cuidador		Formal [] Informal (familiar) [] Informal (amigos/outros) []
OUTRAS AVALIAÇÕES		
OBSERVAÇÕES: _____ _____ _____ _____		

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

AVALIAÇÃO FINAL

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Independente | ☐ Baixo risco de quedas | ☐ Sem risco nutricional |
| ☐ Dependente | ☐ Alto risco de quedas | ☐ Risco nutricional |
| ☐ Idoso frágil | ☐ Déficit cognitivo | ☐ Suporte social adequado |
| ☐ Idoso não frágil | ☐ Sem déficit cognitivo | ☐ Suporte social inadequado |

Data: ____/____/____

Avaliador: _____
(Assinatura e carimbo)