

**QUESTIONÁRIO - Plano Individual de Atendimento** (Os dados das páginas 01 a 09 deverão ser preenchidos antes da admissão do idoso e encaminhado cópia do documento à Secretaria Municipal de Assistência Social conforme Decreto 1926 de 17/11/2014).

**NOME DA INSTITUIÇÃO:** \_\_\_\_\_

**1. DADOS DO ACOLHIMENTO**

DATA DA VISITA: \_\_\_\_\_ DATA DO ACOLHIMENTO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL DA ILPI QUE REALIZOU A VISITA: \_\_\_\_\_

VALOR DA MENSALIDADE: \_\_\_\_\_

**2. DADOS PESSOAIS DA PESSOA IDOSA**

**NOME:** \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

SEXO: ( ) FEMININO ( ) MASCULINO

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

NOME DO COMPANHEIRO (A): \_\_\_\_\_

RENDA DO COMPANHEIRO (A): \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

NOME DO PAI: \_\_\_\_\_

IDOSO INTERDITADO: ( ) NÃO ( ) SIM

NOME DO CURADOR OU RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO CURADOR OU RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IDOSO EM PROCESSO DE CURATELA: ( ) SIM ( ) NÃO

**SITUAÇÃO DE MORADIA DO IDOSO:**

( ) RESIDE SOZINHO ( ) RESIDIA EM OUTRA ILPI ( ) EM SITUAÇÃO DE RUA

RESIDIA COM FAMILIARES ( ) NÃO ( ) SIM GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

ÚLTIMO ENDEREÇO DO ACOLHIDO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

CIDADE/UF: \_\_\_\_\_

Condições de habitabilidade: (descrever: condições de higiene, organização, privacidade):

---

---

---

---

O Idoso possui bens em seu nome? ( ) Não ( ) Sim. Quais: \_\_\_\_\_

---

---

---

### 3.0 SITUAÇÃO DOCUMENTAL:

DOCUMENTO	POSSUI	NÃO POSSUI	NÚMERO DO DOCUMENTO	NÃO SOUBE INFORMAR
Certidão de Nascimento ou Casamento				
RG/Data Emissão e Órgão Emissor CPF				
TITULO ELEITOR Zona /Sessão				
CARTEIRA DE TRABALHO				
CARTEIRA DO SUS				
CARTEIRA DE VACINAÇÃO				
OUTROS				

A INSTITUCIONALIZAÇÃO FOI DETERMINADA:

- VONTADE DO IDOSO     ORDEM JUDICIAL     REQUISIÇÃO DO MP  
 OUTROS \_\_\_\_\_

---

---

MOTIVO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO INFORMADO PELO IDOSO:

---

---

---

MOTIVO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO INFORMADA PELOS FAMILIARES:

---

---

---

**4.0 RENDA/BENEFÍCIOS:**

- NÃO RECEBE NENHUM TIPO DE BENEFÍCIO  
 BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO - APOSENTADORIA  
 BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO - PENSÃO  
 BENEFÍCIO ASSISTENCIAL – BPC  
 POSSUI CADASTRO ÚNICO  
 RECEBE BOLSA FAMÍLIA Nº NIS \_\_\_\_\_  
 OUTROS: \_\_\_\_\_

**IDOSO ADMINISTRA SEU RECURSO FINANCEIRO?**

- SIM, SOZINHO     SIM, COM AUXÍLIO DE OUTRAS PESSOAS     NÃO

**PESSOA QUE ADMINISTRA OU AUXILIA NA ADMINISTRAÇÃO DOS RECURSOS DO IDOSO:**

NOME: \_\_\_\_\_

CONTATOS: \_\_\_\_\_

POSSUI PROCURAÇÃO OU CURATELA?  SIM     NÃO

**5.0 CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO** (APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO SOBRE AS CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE DO IDOSO, DESCREVENDO AS PATOLOGIAS RELEVANTES COM INDICAÇÃO DO CID).

**INFORMAÇÕES REFERENTES À SAÚDE DO IDOSO:**

PROBLEMAS DE SAÚDE? ( ) NÃO ( ) SIM QUAL? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

TOMA MEDICAMENTOS? ( ) NÃO ( ) SIM. QUAIS? \_\_\_\_\_

---

---

---

JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? ( ) NÃO ( ) SIM. QUAL? \_\_\_\_\_

NECESSITOU DE INTERNAMENTO? ( ) NÃO ( ) SIM. EM QUAL HOSPITAL? \_\_\_\_\_ QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_

IDOSO FREQUENTA ALGUMA UNIDADE DE SAÚDE? ( ) NÃO ( ) SIM QUAL? \_\_\_\_\_

POSSUI PLANO DE SAÚDE? ( ) NÃO ( ) SIM. QUAL? \_\_\_\_\_

É PORTADOR DE DEFICIÊNCIA? ( ) NÃO ( ) SIM QUAL? ( ) FÍSICA ( ) **COGNITIVA**  
( ) AUDITIVA PARCIAL ( ) AUDITIVA TOTAL ( ) VISUAL PARCIAL ( ) VISUAL TOTAL

UTILIZA: ( ) CADEIRAS DE RODAS; ( ) MULETA; ( ) PRÓTESE; ( ) BENGALA;  
( ) FRALDA; ( ) DIETA ESPECIAL; ( ) ANDADOR; ( ) ACAMADO; ( ) OUTRO

POSSUI RESTRIÇÕES ALIMENTARES: ( ) NÃO ( ) SIM QUAIS: \_\_\_\_\_

---

---

**NO MOMENTO DA VISITA O IDOSO APRESENTAVA-SE:**

( ) NORMAL ( ) DEBILIDADE ( ) HEMATOMAS ( ) MICOSE ( ) ESCARAS

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA:**

(Para avaliar tem que a pessoa conseguir realizar sozinha, mesmo com dificuldade os itens):

- 1. ( ) banho    2. ( ) vestir-se    3. ( ) Higiene íntima    4.( ) Transferir-se
- 5. ( ) continência (ter a capacidade de perceber se perdeu a urina )
- 6. ( ) alimentar-se      ( ) função cognitiva normal

( ) **Grau I** (realiza os 6 itens acima, mesmo que necessite do uso de equipamento de auto-ajuda (ex: bengala), sendo a capacidade cognitiva intacta)

( ) **Grau II** (perda de até 3 capacidades) sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

( ) **Grau III** (perda de 4 ou mais ) com comprometimento cognitivo

**Responsável pela avaliação do Grau de Dependência:** \_\_\_\_\_

**\*Relação de convívio (social) exercido pelo idoso:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Relação da família com o idoso:**

---

---

---

---

---

---

## 6.0 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Hábitos/Rotina do idoso (sinalizar aspectos da rotina passíveis de serem mantidos):

\_\_\_\_\_

Habilidades/Talento: \_\_\_\_\_

Dificuldades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Interesse em participar de atividades:

- ( ) De lazer/recreativas (passeios, jogos, filmes, brincadeiras)
- ( ) Festivais (bailes, comemoração de aniversários e datas festivas)
- ( ) Físicas e esportivas (alongamentos, ginásticas, caminhadas, fisioterapia, dança)
- ( ) Culturais (cinema, museu, teatro)
- ( ) Encontros religiosos (missas, cultos, cerimônia ecumênica, leitura bíblica)
- ( ) Ocupacionais (trabalhos manuais, musicoterapia, dinâmicas de grupo)
- ( ) Educacionais/profissionalizantes (aumento da escolaridade, alfabetização, cursos)
- ( ) Outras:
- ( ) Não tem interesse em nenhuma atividade.

Rede de apoio (listar pessoas/grupos que prestam algum tipo de suporte ao idoso ou à sua família):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RELAÇÃO DE TODOS OS FILHOS** N° Filhos(as): \_\_\_\_\_

Nome Completo	Endereço	Telefone	Cidade	Vínculo com Idoso	Anuência à Institucionalização
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Observações:

---

<b>RELAÇÃO DE TODOS OS IRMÃOS/IRMÃS</b>					Nº Irmãos (as): _____	
Nome Completo	Endereço	Telefone	Cidade	Vínculo com Idoso	Anuência à Institucionalização	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

--	--	--	--	--	--

---

## ASSINATURAS:

\_\_\_\_\_ Responsável da Instituição que realizou a Visita

\_\_\_\_\_ Idoso (Caso o idoso não possa assinar, favor justificar).

\_\_\_\_\_ Esposa/Companheiro

\_\_\_\_\_ Responsável pelo Idoso

## FILHOS:

NOME	ASSINATURA
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

O idoso possui restrições de saúde, decisão judicial ou outro aspecto que impossibilite a saída desacompanhada ou a prática de atividade(s)? ( ) Sim ( ) Não

**Se houver deverá ser comprovado em relatório específico.**

Eu \_\_\_\_\_ responsável pela institucionalização de \_\_\_\_\_ estou

CIENTE e concordo que se **NÃO HOUVER** restrições, o IDOSO poderá sair da Instituição sempre que quiser.

Assinatura: \_\_\_\_\_

## PLANEJAMENTO DO ATENDIMENTO (A SER TRABALHADO APÓS O ACOLHIMENTO)

(Uma ficha por profissional responsável pela avaliação)

### Demandas e Necessidades Particulares do Idoso

Profissional que realizou a avaliação	Encaminhamentos	Profissional responsável pela atividade

**Providências e intervenções técnicas necessárias para estimular a manutenção, o fortalecimento e/ou resgate dos vínculos familiares e sociais do idoso:**

### PLANO FAMILIAR DE MANUTENÇÃO DE VÍNCULOS

Familiar que fará visita na ILPI	Grau de Parentesco	Freqüência das visitas	Assinatura

*A família deverá informar quem fará visita para o idoso na Instituição.*

### SAIDAS DO IDOSO COM A FAMÍLIA

Familiar responsável pela retirada do idoso/Grau de	Motivo (datas festivas, finais de semana)	Data da saída	Data do retorno	Assinatura
---	---	---------------	-----------------	------------

Parentesco				

*A família deverá planejar quem ficará responsável pela retirada do idoso em datas festivas, finais de semana e outras datas que julgarem necessárias.*

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura dos profissionais: \_\_\_\_\_