

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: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_ 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														
		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		
Número de internações	1.º sem.															
	2.º sem.															

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 9.2. Ocorrência de quedas

		Ano														
		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		
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: \_\_/\_\_/\_\_

Lote: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

US: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Lote: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

US: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Lote: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

US: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Lote: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

US: \_\_\_\_\_

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

**Portal do Ministério da Saúde:** [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

**Portal da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:** [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)

**Saúde Legis:** [www.saude.gov.br/saudelegis](http://www.saude.gov.br/saudelegis)

**E-mail do Ministério da Saúde:** [idoso@saude.gov.br](mailto: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**

Ministério  
da Saúde

