ANEXO II - Instrumento IVCF-20

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20
www.ivcf-20.com.br

				Pontuação
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.				
IDADE		**1. Qual é a sua idade?**	( ) 60 a 74 anos[0] ( ) 75 a 84 anos[1] ( ) ≥ 85 anos[3]	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		**2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:**	( ) Excelente, muito boa ou boa[0] ( ) Regular ou ruim[1]	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental *Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.*	**3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?** ( )Sim[4] ( )Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde		Máximo 4 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? ( )Sim[4] ( ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde		
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? ( )Sim[4] ( )Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde		
	AVD Básica	**6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?** ( )Sim[6] ( )Não		
COGNIÇÃO		**7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?** ( )Sim[1] ( )Não		
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? ( )Sim[1] ( )Não		
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? ( )Sim[2] ( )Não		
HUMOR		**10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?** ( )Sim[2] ( )Não		
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? ( )Sim[2] ( )Não		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	**12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?** ( )Sim[1] ( )Não		
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? ( )Sim[1] ( )Não		
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	**14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?** • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês ( ); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² ( ); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm ( ); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos ( ). ( ) Sim[2] ( )Não		Máximo 2 pts
	Marcha	**15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?** ( )Sim[2] ( )Não		
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ( )Sim[2] ( )Não		
	Continência esfincteriana	**17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?** ( )Sim[2] ( )Não		
COMUNICAÇÃO	Visão	**18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? *É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.*** ( )Sim[2] ( )Não		
	Audição	**19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? *É permitido o uso de aparelhos de audição.*** ( )Sim[2] ( )Não		
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia Polifarmácia Internação recente (<6 meses)	**20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?** • Cinco ou mais doenças crônicas ( ); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( ); • Internação recente, nos últimos 6 meses ( ). ( )Sim[4] ( )Não		Máximo 4 pts
			PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)	

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR