

**AFB - Avaliação Funcional Breve**

Nome: \_\_\_\_\_

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

Áreas de teste	Procedimento	Resultado anormal
1. Visão	Testar a visão com cartão de Jaeger enquanto o(a) paciente usa lentes corretoras (se aplicável)	Não lê melhor que 20/40
2. Audição	Sussurrar a pergunta “qual é o seu nome?” em cada ouvido, com a face do examinador fora da visão direta do paciente	Não responde
3. Incontinência urinária	Perguntar: “No último ano, o(a) senhor(a) perdeu urina e molhou roupas íntimas sem querer?”. “Isso aconteceu em, pelo menos, 6 dias separados?”	Sim à 2ª pergunta
4. AVD/AIVD	Perguntar: “O(a) senhor(a) pode levantar-se da cama sem ajuda? Pode vestir-se sozinho(a)? Pode preparar suas refeições? Pode fazer compras sozinho(a)?”	Não a qualquer pergunta
5. Braço	Pedir: “Toque a nuca com ambas as mãos”; “pegue a colher”.	Não consegue um ou outro
6. Perna	Observar o(a) paciente após pedir: “Levante-se da cadeira, ande 3 metros, retorne e sente-se”.      Tempo de percurso: _____	Não anda, levanta ou faz o percurso em t > 12 s
7. Nutrição	Peso: _____ kg      Alt.: _____      IMC: _____ kg/m <sup>2</sup>	IMC < 22 kg/m <sup>2</sup>
8. Estado mental	Memorize as palavras: carro, vaso, bola. Pedir para repetir depois de 1 min	Não repetir uma das palavras
9. Depressão	Perguntar: “O(a) senhor(a) sente-se muitas vezes triste ou deprimido(a)?”	Sim
10. Ambiente no domicílio	Perguntar: “O(a) senhor(a) tem dificuldades em subir/descer escadas em seu domicílio? Tem banheira ou tapete solto? Há algum lugar na sua casa com pouca iluminação?”	Sim a qualquer pergunta
11. Apoio social	Perguntar: “O(a) senhor(a) tem familiares, amigos ou vizinhos com quem possa contar em caso de doença ou emergência?”	Ninguém