



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL - GERIATRIA

Nome : _____ R e g i s t r o : _____

Enfermaria: _____ Leito: _____ Data da internação: ____/____/____

Data de nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Etnia: () Caucasiano () Afro-descendente () Asiático

Acompanhante: () Não () Sim Vínculo : _____ N o m e : _____

Desfecho: _____ Data Desfecho: ____/____/____

E s c o l a r i d a d e : _____

Profissão: _____

DADOS CLÍNICOS

Motivo da internação/queixas principais/duração:

Doenças de base, antecedentes e comorbidades:

() Diabetes () HAS () DRC () Dislipidemias () DAOP () Câncer

() AVE () TCE () Doença de Parkinson () Demência () ELA () EM () tumor do SNC () distrofia muscular () miastenia grave () polineuropatia do doente crítico () cirurgia e ferimento por arma de fogo em região de cabeça e pescoço () cirurgia e osteófito cervical () IOT () TQT () rebaixamento do nível de consciência () delirium () DPOC () DRGE () Pneumonias recorrentes Frequência: _____

Outros: _____

—

Medicamentos em uso:

História Social:

Acompanhamento nutricional prévio à internação? Não () Sim () Onde?

Observações importantes:

HISTÓRIA ALIMENTAR

Nome: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

• _____ M o r a
com: _____

• Os alimentos são comprados: () pelo próprio () por outra pessoa :

• Os alimentos são preparados: () pelo próprio () por outra pessoa :

• Realiza as refeições: () com estímulo () sem estímulo
() sem auxílio () sem auxílio com supervisão () com auxílio parcial ()
com auxílio total

• Uso de utensílios modificados:

Canecas ou xícaras com uma alça maior () Canecas ou xícaras com duas alças grandes
()

Canecas com tampas e canudos () Prato fundo () Prato com ventosas ()
()

Aparador para prato () Suporte antiderrapante ()

Talheres com cabos mais grossos () Nenhum ()

• Tempo de refeição: () menor de 30 min () maior ou igual a 30 a 40 min

• Mudança consistência da dieta habitual: () Não () Sim. Para qual e por quê?

• Utilização de temperos: () naturais _____ () Industrializados:

• Utilização de suplementos: () Não () Sim :

• Ingestão hídrica diária: _____

• Preferências alimentares: () Não () Sim :

• Aversões alimentares: () Não () Sim :

• Intolerâncias alimentares: () Não () Sim :

• Alergias alimentares: () Não () Sim :

• **Apetite:** () Preservado () Reduzido () Aumentado **Motivo:**

• **Álcool:** () Não () Sim : Tipo e frequência

• **Tabagismo:** () Não () Sim : Tipo e frequência

• **Atividade Física :** () Não () Sim : Tipo e frequência

• **Qualidade do Sono:** () insônia () sono irregular () sono excessivo () sem alterações

• **Dentição:** () Completa () Incompleta

Uso de prótese: () Nenhuma

() Superior () Adaptada () Não adaptada

() Inferior () Adaptada () Não adaptada

• **Alterações do TGI:**

() Dificuldade para mastigação

() Disfagia: () líquidos () sólidos

Sinais clínicos de aspiração (durante a alimentação):

() Engasgos () Tosse () Dispneia () Voz molhada

() Odinofagia () Pirose () Náuseas () Vômitos () Plenitude gástrica () Flatulência

Função Intestinal: () Normal () Constipação () Diarréia **Frequência:** _____ **Aspecto:**

O u t r o s :

Crítérios	Sinais de risco para disfagia	Crítérios para caracterizar risco	Indicação para avaliação fonoaudiológica (número de critérios presentes)
	Doenças de base, antecedentes e comorbidades		() Sim

Critérios maiores	Presença de sinais clínicos de aspiração		Presença de 1 ou mais	() Não
	Ocorrências de complicações pulmonares			
Critérios menores	Funcionalidade da alimentação		Presença de 2 ou mais	() Sim
	Perda de peso			() Não

ANAMNESE ALIMENTAR

Nome: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Refeição	Local	Alimentos e bebidas ingeridos / Forma de preparo	Quantidade	OBS
Desjeju m (h)				
Colação (h)				
Almoço (h)				
Lanche (h)				
Jantar (h)				
Ceia (h)				

MINIAVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Nome: _____ Registro: _____ Enf: _____

Leito: _____

Data de internação: ___/___/___ Data de avaliação: ___/___/___ Desfecho/data: _____

Diagnóstico: _____ Procedimento: _____

Idade: _____ Peso usual: _____ Peso atual: _____ Altura: _____ IMC: _____

Etnia: () Caucasiano () Afro-descendente () Asiático

TRIAGEM

A- Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição severa da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão ()

B- Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um a três quilos
3 = sem perda de peso ()

C- Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal ()

D- Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não ()

E- Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência leve
2 = sem problemas psicológicos ()

F1- Índice de massa corpórea [IMC = peso (kg) / estatura (m²)]

- 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 ()

**SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2.
NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA.**

F2- Perímetro da panturrilha (PP) em cm: | _____ |

- 0 = CP < 31 3 = CP ≥ 31 ()

SCORE TRIAGEM (máximo de 14 pontos): | _____ |

Score de triagem:

12 pontos ou mais = normal, fora de risco ► não necessita continuar a avaliação ()

11 pontos ou menos = possibilidade de desnutrição ► continuar a avaliação ()

CASO NAO SEJA POSSÍVEL COMPLETAR A MNA, UTILIZAR A SUA FORMA REDUZIDA:

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Nome: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Peso Usual: _____ / _____ Altura: _____ AJ: _____ () MID () MIE
 Altura estimada: _____ (Técnica:.....)

Perda de peso não programada nos últimos 3 meses: () Sim () Não

Parâmetros	Data					
	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Peso atual (kg)	..... Téc.:.....	..... Téc.:.....	..... Téc.:.....	..... Téc.:.....	..... Téc.:.....	..... Téc.:.....
PPP (%)						
IMC						
PB (cm)	..... ( ) MSD () MSE	..... ( ) MSD () MSE	..... ( ) MSD () MSE	..... ( ) MSD () MSE	..... ( ) MSD () MSE	..... ( ) MSD () MSE
PP (cm)	..... ( ) MID () MIE	..... ( ) MID () MIE	..... ( ) MID () MIE	..... ( ) MID () MIE	..... ( ) MID () MIE	..... ( ) MID () MIE
P cintura (cm)						
Aceitação alimentar*	() Ruim () Regular () Bom () Ótimo	() Ruim () Regular () Bom () Ótimo	() Ruim () Regular () Bom () Ótimo	() Ruim () Regular () Bom () Ótimo	() Ruim () Regular () Bom () Ótimo	() Ruim () Regular () Bom () Ótimo
Funcionalidade						
Avaliador						

* 0-24% = Ruim/ 25-49% = Regular/ 50-74% = Bom/ 75-100% = Ótimo
 (Santos et al. Consumo e aceitação alimentar de pacientes com insuficiência cardíaca internados. Rev Brás Nut Clin 2010;25(4):298-305).

AVALIAÇÃO SUBJETIVA DOS COMPARTIMENTOS CORPORAIS

Nome: _____ Enf: _____ Leito: _____

Reservas de gordura	Sem deficit	Deficit Leve	Deficit Moderado	Deficit Grave
Gordura das pálpebras orbitais				
Bola gordurosa de Bichat				
Dobra tricipital				
Reserva de gordura na cintura				
Déficit de gordura global				

Estado dos músculos	Sem deficit	Deficit Leve	Deficit Moderado	Deficit Grave
Músculos temporais				
Clavículas (peitorais e deltoide)				
Ombros (deltóide)				
Músculos inter-ósseos				
Escápula (<i>latisimus dorsi</i> , trapézio, deltóide)				
Quadríceps				
Panturrilha				
Déficit muscular global				

Estado de fluidos	Sem edema	Edema Leve	Edema Moderado	Edema Grave
Edema de quadril				
Edema de tornozelo				
Ascite				
Estado global de fluidos				

OBS:

Nome: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

CABELOS:

() Opacos
() queda

() Quebradiços
() Alopecia

() Sem alterações
() _____

Ressecados

Sem brilho

OLHOS:

- Encovados
- Opacos
- Pálidos
- Fotofobia

- Xerose
- Escleróticas amareladas (ictericia)
- Conjutivas secas
- Conjutivas hipocoradas

- Sem alterações
- _____

BOCA:

Lábios e mucosa oral:

- Edemaciados
- Secos

- rachados
- queilite

- Sem alterações
- _____

Dentes:

- Falta de peças dentárias
- Perda de esmalte dentário

- Próteses

- Sem alterações
- _____

Mucosa:

- Hipocorada
- Desidratada

- Sem alterações
- _____

Gengivas:

- Ulcerações
- Aftas

- Edemaciadas
- Sangramento

- Sem alterações
- _____

Língua:

- Magenta
- Cobertura esbranquiçada/cinzenta
- Inflamada (macroglossia)

- Lisa
- Dolorosa
- atrofia das papilas

- Hipertrofia das papilas
- Sem alterações
- _____

Salivação:

- Xerostomia

- Sialorréia

- Sem alterações
- _____

PELE:

Hidratação:

- Turgor diminuído
- Descamação

- Ressecada

- Sem alterações
- _____

Coloração:

- Palidez
- Cianose

- Icterícia
- Carotenia

- Sem alterações
- _____

ABDOME:

- Em avental
- Escavado
- Distendido

- Globoso
- Ascítico
- Plano

- Sem alterações
- _____

MEMBROS SUPERIORES:

Unhas:

- Quebradiças
- Paroníquia
- Colóniquia

- de Terry
- Linha de Beau
- Baqueteamento digital

- Sem alterações
- _____

Nome: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Identificação de Problemas e Plano de Ação

Problema(s)	Ação Imediata	Ação não imediata

CÁLCULO DAS NECESSIDADES NUTRICIONAIS

Nome: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

DATA	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Kcal/Kg peso							
VET							
PTN(g)/Kg peso							
PTN(g)/dia							
Dieta oferecida							

Suplemento (tipo, frequência e horário)							
--	--	--	--	--	--	--	--