INSTRUMENTAL DE HABILIDADES PARA EXECUÇÃO DE ATIVIDADES BÁSICAS PARA A VIDA DIÁRIA - IHEABVD

Finalidade: conhecer, com a participação da pessoa atendida, como realiza atividades cotidianas e quais recursos, adaptações e apoios favorecem sua participação no SCFV.

As informações orientam o planejamento do atendimento; nenhum item, isoladamente, define ingresso ou permanência no serviço.

Preencher considerando a idade, as preferências e o contexto da pessoa. Registrar sua resposta diretamente, quando possível.

Nome da pessoa atendida: _____

Idade: _____ Data: ____/____/_____

Serviço/Unidade: _____

Pessoa com deficiência? ( ) Não ( ) Sim

Informações obtidas com: ( ) pessoa atendida ( ) familiar/pessoa de referência

I Alimentação

Como a pessoa se serve, se alimenta e utiliza utensílios (ex.: garfos, colheres, facas etc.)?

( ) sem apoio de outra pessoa ( ) com apoio de outra pessoa ( ) não se aplica

Observações/apoios necessários: Indicar etapa, tipo de apoio, preferências e orientações relevantes.

_____

_____

Há restrição em relação a texturas, cores, temperatura ou forma dos alimentos?

( ) Não ( ) Sim

Se sim, informar sobre como é a rotina de alimentação considerando a restrição:

_____

_____

Há alergia, restrição alimentar ou orientação específica informada pela pessoa/família/ pessoa de referência?

( ) Não ( ) Sim

Se sim, qual e qual a fonte da informação? _____

Foi relatada dificuldade para engolir ou episódio de engasgo? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, registrar a orientação disponível e articular avaliação com a rede de saúde e a gestão do serviço para definir, com a pessoa e sua família/pessoa de referência, as condições seguras de participação. Este registro não constitui avaliação clínica nem impedimento automático ao atendimento.

II Vestir-se e arrumar-se

Como a pessoa veste e ajusta as roupas e acessórios necessários durante o atendimento?

( ) sem apoio de outra pessoa ( ) com apoio de outra pessoa ( ) não se aplica

Observações / apoios necessários: Indicar as etapas e o apoio desejado ou necessário, respeitando a privacidade.

_____

_____

III Higiene pessoal

Como realiza a higiene das mãos, do rosto e da boca, quando essas atividades ocorrerem no serviço?

( ) sem apoio de outra pessoa ( ) com apoio de outra pessoa ( ) não se aplica

Observações / apoios necessários: Registrar o apoio necessário e como preservar a privacidade.

_____

_____

IV Uso do banheiro e cuidados com continência

A pessoa precisa de lembretes, recursos ou ajuda para acessar o banheiro, usar o vaso sanitário, fazer a higiene ou trocar fralda/dispositivo? Registrar somente o necessário para organizar o atendimento, sem presumir incapacidade a partir do uso de dispositivo.

( ) sem apoio de outra pessoa ( ) com apoio de outra pessoa ( ) não se aplica

Observações / apoios necessários:

_____

_____

V Deslocamento e acessibilidade

Como a pessoa se desloca nos ambientes do serviço? Quais recursos utiliza e quais barreiras existem?

( ) sem apoio de outra pessoa ( ) com apoio de outra pessoa ( ) não se aplica

Recursos utilizados: ( ) cadeira de rodas ( ) bengala ( ) muletas ( ) andador ( ) outro: _____

Observações / apoios necessários:

_____

_____

VI Degraus / Rampas / Escadas / Elevadores

Há desníveis no trajeto utilizado? ( ) Não ( ) Sim. Se houver, como a pessoa acessa os espaços? _____

( ) acessa sem apoio ( ) utiliza corrimão/recurso ( ) necessita de apoio de outra pessoa ( ) necessita de rota acessível/elevador/plataforma

_____

_____

VII Comunicação e participação

Como a pessoa expressa escolhas, necessidades e desconfortos? Que formas de comunicação e apoios favorecem sua participação nas atividades?

( ) fala ( ) gestos/sinais ( ) Libras ( ) escrita ( ) comunicação alternativa, qual? _____
( ) outra_____

Observações / apoios necessários: Registrar as atividades individuais ou coletivas como preferências, sem atribuí-las à capacidade de comunicação.

_____

_____

VIII Rotina e estratégias de apoio

Que situações da rotina geram conforto ou desconforto? Como a pessoa expressa essas experiências e quais estratégias ajudam?

_____

_____

Como a pessoa reage a mudança de rotina?

( ) Não apresenta sofrimento

( ) Apresenta sofrimento, neste caso requer:

( ) comunicação objetiva e antecipada

( ) período de adaptação

Observações / apoios necessários: Descrever situações observáveis e estratégias pactuadas com a pessoa/familiar/pessoa responsável; evitar rótulos sobre comportamento.

_____

_____

IX Saúde e medicação durante a permanência no serviço

Existe alguma orientação de saúde relevante para participação segura nas atividades? ( ) Não ( ) Sim

Qual orientação, por quem foi fornecida e que providência requer?

_____

Há medicação prescrita com horário que coincide com a permanência no serviço? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, registrar apenas as informações necessárias para planejar o atendimento:

O SCFV não pode ministrar medicação aos usuários. Assim sendo, o responsável deverá ser orientado a consultar o médico e verificar a possibilidade de ajustar o horário da medicação para antes ou posterior ao horário de permanência no serviço.

Para usuários menores de 18 anos ou aqueles sem autonomia para tomar decisões, será necessária uma autorização do responsável para que o usuário faça a administração da própria medicação prescrita, com a apresentação de orientação médica para a ministração dos medicamentos.

A pessoa administra a própria medicação prescrita (Ex.: Usuário com diabetes, que faz uso de insulina)?

( ) Sim ( ) Não

Providências articuladas e responsáveis, se necessário:

_____

X Síntese e planejamento do atendimento

_____

_____

Encaminhamentos:

_____

_____

Informações de saúde e deficiência devem ser registradas na medida necessária para esta finalidade e acessadas somente por profissionais autorizados, conforme os procedimentos institucionais de sigilo e proteção de dados.

A atualização do instrumental deverá ser realizada sempre que necessário.

Assinatura da pessoa atendida (quando cabível):

_____

Assinatura de familiar, pessoa de referência ou responsável legal (quando cabível):

_____

Profissional que realizou o atendimento, função, assinatura e carimbo:

_____