

Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DEL INTERIOR

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA

MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE

MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y

MEDIO AMBIENTE

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, **2 JUN 2006**

VISTO: la Ley N° 17.066 de 24 de diciembre de 1998;-----

RESULTANDO: I) que el Artículo 1° de la Ley mencionada dispone que el Poder Ejecutivo determinará la política general en materia de ancianidad, estableciendo que el Ministerio de Salud Pública, en el ejercicio de sus competencias, ejecutará las políticas específicas correspondientes y coordinará su aplicación con otras instituciones públicas;-----

II) que la Dirección General de la Salud, el Departamento de Programas y el Programa Nacional del Adulto Mayor

de la citada Secretaría de Estado propone la implementación del uso del Carné del Adulto Mayor e instructivo de uso;-----

CONSIDERANDO: I) que el referido Carné es un instrumento portátil de carácter nacional cuyo objetivo es resumir la situación global de salud y las condiciones más relevantes para la atención de las personas Adultas Mayores usuarias del Sistema de Salud, a efectos de facilitar información en el contacto con los equipos de atención en todos los niveles y en especial para el seguimiento en la comunidad;--

II) que el Carné del Adulto Mayor no sustituye a la historia clínica ni a cartillas específicas para el control de enfermedades crónicas;-----

III) que la presente normativa tiende a lograr una mejora real en la calidad de vida de los Adultos Mayores;-----

IV) que se estima necesario aprobar la reglamentación propuesta;-----

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto;-----

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

actuando en Consejo de Ministros

DECRETA:

Artículo 1º.- Autorízase la implementación e instructivo de uso del Carné del Adulto Mayor que se ajustará al modelo adjunto y se considera parte integrante del presente Decreto.-----

Artículo 2º.- El Carné del Adulto Mayor no sustituye a la historia clínica ni a cartillas específicas para el control de

Ministerio de Salud Pública

enfermedades crónicas. Es un instrumento portátil de carácter nacional cuyo objetivo es resumir la situación global de salud y las condiciones más relevantes para la atención de las personas adultas mayores usuarias del Sistema de Salud, a efectos de facilitar información en el contacto con los equipos de atención en todos los niveles y en especial para el seguimiento de la comunidad.-----

Artículo 3°.- El Carné del Adulto Mayor debe completarse para toda persona adulta mayor de 65 (sesenta y cinco) años de edad, cuando entra en contacto con un efector de salud.-----

Artículo 4°.- La información que contiene debe actualizarse una vez al año, en forma trimestral y cada vez que exista un cambio importante de información. Si en el transcurso de 1 (un) año no se registraron cambios, igualmente deberá actualizarse y confeccionarse un nuevo Carné.--

Artículo 5°.- El Carné del Adulto mayor será completado por cualquier miembro del equipo básico de salud (médico, enfermera, trabajador social) que conozca las condiciones e información que se solicita en el mismo.--

Artículo 6°.- En el caso de que el usuario no sea capaz de informar, se reconocerá como informante calificado al cuidador/familiar principal, entendiendo por tal,

aquella persona responsable de la mayoría de los cuidados de todos los días o la mayor parte del año.-----

Artículo 7°.- El Ministerio de Salud Pública fijará la fecha de comienzo de la exigencia del Carné del Adulto Mayor:---

Artículo 8°.- Comuníquese. Publíquese.-----

Decreto No.

Diario Oficial No.

Ref.001-686/2006

MD'A

A.D.

Dr. Tabaré Vázquez
Presidente de la República



Programa Nacional del Adulto Mayor Carné del Adulto Mayor

Instructivo de uso

El Carné tiene una carátula o tapa y siete secciones claramente definidas: 1.: Datos Personales, 2.: Situación funcional (dependencia o necesidad de ayuda en actividades de la vida diaria), 3.: Situación Mental, 4.: Situación Social, 5.: Situación Física, 6.: Problemas de Salud y 7.: Medicación.- Complete la información en letra imprenta clara, legible y marque los datos como se solicitan en los encabezados de cada sección. NO OMITA NI DEJE EN BLANCO NINGUNA INFORMACIÓN.

Carátula o Tapa: En la misma aparece el N° de Decreto del Poder Ejecutivo. El mismo lo hace de uso obligatorio en todo el territorio nacional.

1.: Datos Personales: Se deberá completar la información solicitada del usuario. En caso de carecer de estos datos registre: No tiene.

- **Nombres:** complete los nombres del Adulto Mayor a quien pertenece el Carné.
- **Apellidos:** complete los apellidos del Adulto Mayor a quien pertenece el Carné.
- **C.I.:** complete el número de Cédula de Identidad del Adulto Mayor.
- **Fecha de Nacimiento:** Registre el día, mes y año.
- **Teléfono:** Registre un teléfono de contacto, que puede ser de un vecino, o de alguna persona de su entorno (en caso de carecer el usuario).
- **Domicilio:** Registre, nombre de la calle y número de puerta.
- **Institución:** Registre el Centro de Salud o Servicio de Salud Municipal o Institución de Asistencia Médica que corresponda.
- **Centro de Atención:** Especifique en la que realiza el control habitual
 - **Zona:** Complete la zona a la que pertenece (en Montevideo Este, Oeste, Centro; en el Interior: Localidad)
- **Médico Referente:** Registre el nombre completo del Médico, entendiendo por tal el médico de cabecera o quien realiza el seguimiento con mayor frecuencia. En caso de carecer de él, se registrará No tiene.
- **Departamento:** registre el Departamento de residencia del Adulto Mayor

- **En Familiar o Cuidador Principal:** Registre el nombre completo, entendiéndose por tal a quien cuida al Adulto Mayor la mayor parte del tiempo durante todo el año.

Si no dispone de cuidador principal o familiar escriba: No tiene

- **Grado de Parentesco:** Identifique el grado de parentesco de la persona, (hijo/a, esposa/o, etc.). Si no existe ningún tipo de parentesco escriba: Ninguno.
- **Teléfono:** Registre un teléfono de contacto, que puede ser de un vecino, o de alguna persona de su entorno.
- **Domicilio:** Registre nombre de la calle y número de puerta.

Fecha de entrega: Registre la fecha en que se completa o confecciona el carné (día, mes y año). En caso de extravío...”, escriba la dirección a donde retornar el carné.

2.: Situación Funcional: Registre con SÍ o NO, frente a la actividad que corresponda.

Escriba la fecha identificando mes y año.

Tiene dificultad para las siguientes actividades:

- **Actividad Básica:** Registrar frente al casillero que corresponda de la manera anteriormente explicada, cualquier tipo de dificultad en la que requiera ayuda, aún cuando sea parcial.

En las actividades, en el caso de *“usa silla de ruedas independiente”*...: significa que se evalúa si el Adulto Mayor es independiente en el uso de la silla de ruedas o sea si es capaz de desplazarse solo sin que nadie lo conduzca.

Necesita ayuda para las siguientes actividades:

- **Actividades instrumentales:** significa si requiere cualquier tipo de ayuda parcial (no importa el grado) o total para las que se mencionan. Se registra de igual manera.

3.: Situación Mental: Escriba primero el mes y el año de la evaluación.

Registre SÍ o NO, si el usuario presenta los problemas de Salud Mental que se enumeran.

- **Otra:** Si se trata de un problema que no figura en el listado impreso, regístrelo en forma legible. En todos los casos sólo se deben consignar los diagnósticos positivos definitivos.
- **Observaciones:** Puede añadir planteos presuntivos en el área de Salud Mental.

4.: Situación Social: Indique primero el mes y año de la evaluación. Registre con SÍ o NO según corresponda en cada aspecto que se solicita.

➤ **En situación de la vivienda:**

Si la situación no está en el listado, especificar en el apartado *“Otros”*...

- **Educación:** Registre el último año cursado. No se considerará completas si no se completó todo el ciclo o años de curso.
- **En soporte social:** Consignar SÍ o NO.
- Familia – Convivencia:** Si dispone efectivamente de una familia con la que convive.
- Las redes de apoyos:** Refieren a existencia objetiva de vínculos estables y frecuentes (visitas, contactos telefónicos, participación en clubes, etc.), todas las semanas, la mayor parte del año.
- **Participación en actividades y grupos:** Se describirá la actividad y la participación social del usuario en grupos.

5.: Situación Física: Escriba primero la fecha de la evaluación (mes y año). A continuación escriba SÍ o NO lo que corresponda a la situación en los diferentes apartados:

- **Presencia de Déficits Sensoriales:** (que interfieran con la vida social o la vida cotidiana de la persona), dificultad para oír, ver, gusto y olfato.
- **Salud Bucal:** se deberán completar con SI o NO las diferentes opciones.
- **Estado Nutricional:** Según impresión subjetiva o clínica (normal, adelgazado/desnutrido, sobrepeso/obeso). Escriba SÍ o NO según corresponda si la persona tiene o no tiene los problemas geriátricos que se listan en el apartado “Síndromes Geriátricos”,
- **Síndrome Geriátricos:** Se deberán completar las diferentes opciones
- **Inmunizaciones:** Se preguntarán las diversas opciones completando con SI o NO, (la vacuna antigripal se debe realizar todos los años, la vacuna antineumocócica al menos una vez). *(Las vacunas no tienen carácter obligatorio).*

6.: Problemas de Salud:

- **Antecedentes Quirúrgicos:** Escriba en letra imprenta clara legible los tres más recientes e importantes. Especifique el mes y año en cada caso.
- **En Enfermedades Crónicas:** Escriba en letra imprenta clara legible las más importantes y/o que determinan discapacidad o disminución en la habilidad para valerse por sí mismo.
- **En Ingresos Hospitalarios:** Escriba los tres más recientes. Establezca el hospital, la causa (ejemplo: neumopatía aguda), la fecha aproximada de ingreso y de egreso (día, mes y año).

7.: Medicación Actual: Primero escriba el mes y año de la evaluación y relevamiento de la medicación que el Adulto Mayor ingiere regularmente.

- **Medicamento:** Interrogue acerca de toda la medicación (la indicada por medico y la autoprescripta). No olvide preguntar por colirios (gotas oftálmicas), psicofármacos, anti-inflamatorios de venta libre, medicación digestiva de venta libre, medicación compartida con familiares. Especifique en cada caso la dosis diaria.

CONSIDERACIONES: Luego de llenar el Carné usted podrá realizar un listado de prioridades a corregir, surgirán situaciones que merecerán corrección de hábitos de vida inadecuados, actividades de educación y promoción de salud, problemas de salud cuyo estudio merece mayor profundidad, oportunidades para derivar para mejor evaluación, consejos a suministrar al propio Adulto Mayor o su familiar o cuidador principal, oportunidad para revisar medicación (pertinencia de su continuidad e indicación). Programe y coordine una nueva evaluación en tres meses si se trata de una persona mayor frágil o vulnerable.

1. Datos personales (Llenar en letra de imprenta)

Nombres: _____
 Apellidos: _____
 C.I.: _____
 Fecha de nac.: _____ Teléfono: _____
 Domicilio: _____
 Institución: _____
 Centro de atención: _____ Zona: _____
 Médico referente: _____
 Departamento: _____

Familiar o cuidador principal
 Nombre: _____
 Grado de parentesco: _____
 Teléfono: _____
 Domicilio: _____

Fecha de entrega: _____

Los datos relevados en este carné deben registrarse cada vez que existan cambios en la situación y/o información de Adulto Mayor.
 Si en transcurso de un año no se registraron cambios se deberá igualmente actualizar la información.

En caso de extravío entregar a: _____

2. Situación funcional. Escriba SI o NO en cada casillero de acuerdo a la respuesta del paciente y/o cuidador

Tiene dificultad para las siguientes actividades Fecha: Indique mes y año

Actividad básica	Fecha	
Comer		
Vestirse		
Bañarse		
Ir al baño		
Arreglarse (ej. peinarse)		
Controlar esfínteres		
Mantenerse en pie solo		
Sentarse solo		
Entrar y salir de la cama		
Caminar (si la respuesta es afirmativa preguntar si)		
Usa bastón u otro auxiliar		
Usa silla de ruedas independiente		

Necesita ayuda para las siguientes actividades

Actividad instrumental		
Usar el teléfono		
Hacer compras		
Tomar la medicación		
Arreglar la casa		
Lavar la ropa		
Usar medios de transporte		
Realizar trámites simples		

3. Situación Mental. Escriba SI o NO en cada casillero Diagnóstico confirmado.

Fecha: Indique mes y año

Situación mental	Fecha	
Demencia		
Retardo mental		
Depresión		
Alcoholismo		
Trauma de personalidad		
Otra (especificar cuál)		

Observaciones

(utilizar letra imprenta) _____

4. Situación social. Escriba SI o NO en cada casillero de acuerdo a la respuesta del paciente y/o cuidador.

Fecha: Indique mes y año

Situación de la vivienda	Fecha	
Propia		
Alquilada		
Usufructo		
Agregado		
Residencia/Hogar ancianos		
Otros (especificar cuál)		

Educación	No lee ni escribe <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/>
	Secundaria <input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/>
Otros	_____	

Soporte social

Familia	
Redes de apoyo	
Vive con:	

Participación en actividades y grupos

Recreativas/culturales	
Religiosas	
Club/Asoc. Jubilados	
Físicas/Gimnasia	
Otras (especificar cuál)	