Governo Do Distrito Federal
Secretaria De Estado De Saúde
Subsecretaria De Atenção A Saúde
Diretoria De Assistência Farmacêutica
Gerência Do Componente Especializado Da Assistência Farmacêutica

FORMULÁRIO PADRONIZADO – DEPRESSÃO NO IDOSO (60 ANOS COMPLETOS)

Nome do paciente:_____ Idade:_____anos

Descrever presença de sinais e sintomas da depressão, tempo de duração e principais áreas da vida comprometidas.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Tratamento farmacológico solicitado:

( ) Citalopram: Idosos com alterações do humor. Primeira escolha para depressão maior.

( ) Mirtazapina: Idosos com alterações do humor associados à perda do apetite e distúrbio do sono (insônia) ou que apresentaram efeitos adversos com o uso do citalopram.

Quadro 1: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS) - versão reduzida

	SIM	NÃO
1. Em geral, você está satisfeito com sua vida?	0	1
2. Você abandonou várias de suas atividades ou interesses?	1	0
3. Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4. Você se sente aborrecido(a) com freqüência?	1	0
5. Você está de bom humor durante a maior parte do tempo?	0	1
6. Você teme que algo de ruim aconteça com você?	1	0
7. Você se sente feliz durante a maior parte do tempo?	0	1
8. Você se sente desamparado(a) com freqüência?	1	0
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Você acha que apresenta mais problemas com a memória do que antes?	1	0
11. Atualmente, você acha maravilhoso estar vivo(a)?	0	1
12. Você considera inútil a forma em que se encontra agora?	1	0
13. Você se sente cheio de energia?	0	1
14. Você considera sem esperança a situação em que se encontra?	1	0
15. Você considera que a maioria das pessoas está melhor do que você?	1	0
TOTAL DE PONTOS:		
A avaliação é feita da seguinte maneira: Verifica-se a resposta de cada pergunta (Sim ou Não) e conte os pontos das duas colunas. ESCORE > 5 = suspeita de depressão		

Fonte: Yesavage & Brinki, 1983

Data:_____/_____/_____. Médico Assistente:_____(Assinatura e carimbo).