

| OCENA 3D CAM | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|-------------|---|---|---|
| [Prawa autorskie CAM 2003; Hospital Elder Life Program, LLC. Kopiowanie, przetwarzanie, rozpowszechnianie tych materiałów w całości lub w części bez zgody autorów jest zabronione]. Version 5.5 | | | | | | | |
| Instrukcja: Zaznacz okienko w kolumnie po prawej stronie określającej spełniane Kryterium CAM: kiedy chory odpowiada: nieprawidłowo, „nie wiem”, nie udziela odpowiedzi lub odpowiada bez sensu; kiedy zaznaczysz „tak” w części kwestionariusza dotyczącej obserwacji osoby zbierającej wywiad. | | | | CAM Feature | | | |
| PRZECZYTAJ: Mam kilka pytań dotyczących Pani/Pana pamięci i toku myślenia... | | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Proszę powiedzieć, który teraz mamy rok? | <input type="checkbox"/> Prawidłowo | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi | <input type="checkbox"/> Nieprawidłowo, „nie wiem”, brak odpowiedzi, odpowiedź bez sensu. | → | → | | |
| 2. Jaki jest dzisiaj dzień tygodnia? | <input type="checkbox"/> Prawidłowo | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi | <input type="checkbox"/> Nieprawidłowo, „nie wiem”, brak odpowiedzi, odpowiedź bez sensu. | → | → | | |
| 3. Jak nazywa się miejsce, w którym teraz się znajdujemy? [szpital] | <input type="checkbox"/> Prawidłowo | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi | <input type="checkbox"/> Nieprawidłowo, „nie wiem”, brak odpowiedzi, odpowiedź bez sensu. | → | → | | |
| 4. Teraz przeczytam kilka cyfr. Proszę, żeby powtórzyła je Pan/i w odwrotnej kolejności niż ta, którą ja podałem. Na przykład: jeśli powiem 5-2 to Pan/i powinien/powinna powiedzieć 2-5. Dobrze? Pierwsze cyfry to: 7-5-1 (1-5-7). Wypowiadaj cyfry w tempie jedna na sekundę. | <input type="checkbox"/> Prawidłowo | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi | <input type="checkbox"/> Nieprawidłowo, „nie wiem”, brak odpowiedzi, odpowiedź bez sensu. | → | | | |
| 5. Drugi zestaw cyfr: 8-2-4-3 (3-4-2-8). | <input type="checkbox"/> Prawidłowo | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi | <input type="checkbox"/> Nieprawidłowo, „nie wiem”, brak odpowiedzi, odpowiedź bez sensu. | → | | | |
| 6. Proszę wymienić dni tygodnia w odwrotnej kolejności. Proszę zacząć od soboty. [S,P,C,Ś,W,P,N]. może tylko raz zapytać „Jaki jest dzień poprzedzający sobotę?” | <input type="checkbox"/> Prawidłowo | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi | <input type="checkbox"/> Nieprawidłowo, „nie wiem”, brak odpowiedzi, odpowiedź bez sensu. | → | | | |
| 7. Proszę wymienić miesiące w odwrotnej kolejności. Proszę zacząć od grudnia. [G,L,P,W,S,L,C,M,K,M,L,S]. może tylko raz zapytać „Jaki jest miesiąc poprzedzający grudzień?” | <input type="checkbox"/> Prawidłowo | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi | <input type="checkbox"/> Nieprawidłowo, „nie wiem”, brak odpowiedzi, odpowiedź bez sensu. | → | | | |
| 8. Czy w ciągu minionego dnia czuł/a się Pan/i zagubiony/a? Pytanie odnośnie podstawowych zagadnień (np.: miejsca gdzie się znajduje, przyczyny dlaczego znalazł/a się w szpitalu), a nie stanu zdrowia/szczegółów leczenia. | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi | <input type="checkbox"/> Tak, „nie wiem”, brak odpowiedzi, odpowiedź bez sensu. | | | | |
| 9. Czy w ciągu minionego dnia myślał/a Pan/i, że tak naprawdę nie jest Pani/Pan w szpitalu? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi | <input type="checkbox"/> Tak, „nie wiem”, brak odpowiedzi, odpowiedź bez sensu. | | | | |
| 10. Czy w ciągu minionego dnia wydawało się Panu/i, że ma Pan/i zwidy? (Widzi rzeczy, których tak naprawdę nie ma) | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi | <input type="checkbox"/> Tak, „nie wiem”, brak odpowiedzi, odpowiedź bez sensu. | | | | |
| Obserwacje osoby przeprowadzającej wywiad. Wypełnij po zadaniu pacjentowi pytań 1-10 wymienionych na poprzedniej stronie | | | | | | | |
| 11A. Czy w trakcie wywiadu pacjent był senny? (wymagany jest dowód na zaśnięcie co najmniej 1 raz, taki jak np. kiwanie głową, drganie, wywracanie oczu, chrapanie; ale taki, dzięki któremu jest łatwo się wybudzić) | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Niemożliwe do oceny | <input type="checkbox"/> Tak | → | → | → | |
| 11B. Czy w trakcie wywiadu pacjent był w stuporze lub w stanie śpiączki? (Wybudzenie chorego było trudne, bądź niemożliwe). | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Niemożliwe do oceny | <input type="checkbox"/> Tak | → | → | → | |

| | | | | | | | |
|--|------------------------------|--|------------------------------|---|---|---|---|
| 12. Czy pacjent nadmierne reagował na zwykłe bodźce/sygnały z otoczenia? <i>(Był nieadekwatnie strachliwy).</i> | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Niemożliwe do oceny | <input type="checkbox"/> Tak | → | → | → | |
| 13. Czy tok myślenia pacjenta był niejasny lub nielogiczny? <i>(Bezsensowne wypowiedzi, niewłaściwe odpowiadanie na pytania, sprzeczne stwierdzenia lub niespodziewane przeskakiwanie z tematu na temat).</i> | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Niemożliwe do oceny | <input type="checkbox"/> Tak | → | → | | |
| 14. Czy wypowiedzi pacjenta były chaotyczne, nie trzymające się wątku rozmowy? <i>(Odpowiadanie nie na temat lub opowiadanie historii niezwiązanych z wywiadem)</i> | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Niemożliwe do oceny | <input type="checkbox"/> Tak | → | → | | |
| 15. Czy wypowiedzi pacjenta były zbyt ograniczone lub ubogie? <i>(Nieadekwatnie krótkie, bądź stereotypowe).</i> | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Niemożliwe do oceny | <input type="checkbox"/> Tak | → | → | | |
| 16. Czy pacjent miał problem z nadążaniem za treścią rozmowy? <i>(Wielokrotnie prosił o powtórzenie pytań).</i> | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Niemożliwe do oceny | <input type="checkbox"/> Tak | → | | | |
| 17. Czy pacjent wydawał się nadmierne rozkojarzony przez bodźce zewnętrzne? <i>(Np.: telewizję, ludzi poza salą, rozmowy sąsiada z sali).</i> | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Niemożliwe do oceny | <input type="checkbox"/> Tak | → | | | |
| 18. Czy poziom świadomości pacjenta zmieniał się w trakcie wywiadu? <i>(Częste zapadanie w drzemkę w trakcie części wywiadu, w innej pozostawanie w pełni wybudzonym)</i> | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Niemożliwe do oceny | <input type="checkbox"/> Tak | | | | |
| 19. Czy poziom uwagi pacjenta zmieniał się w trakcie wywiadu? <i>(W części zadań wykazywał znaczny deficyt uwagi, w innej był odpowiednio skoncentrowany. Uwaga: to, że chory nie udzielił prawidłowych odpowiedzi na niektóre pytania, nie oznacza, że możemy zaznaczyć ten punkt).</i> | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Niemożliwe do oceny | <input type="checkbox"/> Tak | | | | |
| 20. Czy sposób wypowiadania się/myślenia zmieniał się w trakcie zbierania wywiadu? <i>(Mówienie bardzo powoli podczas części wywiadu, a w innej bardzo szybko; lub sposób wypowiadania się był początkowo logiczny, a następnie pozbawiony sensu).</i> | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Niemożliwe do oceny | <input type="checkbox"/> Tak | | | | |
| PYTAANIA DODATKOWE: WYPEŁNIJ TYLKO, JEŚLI KRYTERIUM 1 <u>NIE</u> JEST SPEŁNIONE, A KRYTERIUM 2 <u>ORAZ</u> KTÓREKOLWIEK: 3 <u>LUB</u> 4 JEST SPEŁNIONE. | | | | | | | |
| 21. Sprawdź dokumentację medyczną, porozmawiaj z członkiem rodziny, przyjacielem pacjenta, personelem medycznym lub kimś, kto dobrze zna chorego, w celu uzyskania informacji, czy nastąpiła nagła zmiana. „Czy u pacjenta wystąpiła nagła zmiana w zakresie pamięci lub myślenia?” | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Niemożliwe do oceny | <input type="checkbox"/> Tak | | | | |
| 22. Jeśli to kolejny dzień hospitalizacji lub wcześniejsze oceny 3D CAM są dostępne: przejrzyj poprzednie wyniki 3D CAM i ustal, czy nie doszło do nagłej zmiany, rozumianej jako pojawienie się jakichkolwiek nowych, spełniających kryteria odpowiedzi. | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Niemożliwe do oceny | <input type="checkbox"/> Tak | | | | |
| Podsumowanie CAM. Zaznacz, które kryteria zostały spełnione. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | | | | | |
| Majaczenie wymaga spełnienia kryteriów 1 i 2 oraz któregośkolwiek: 3 LUB 4. _____ Obecne _____ Nieobecne. | | | | | | | |
| Opcjonalna ocena intensywności schorzenia 3D-CAM-S: Dodaj 1 punkt za każde twierdzące pytanie 1–20 powyżej (dodaj całkowitą liczbę znaczników wyboru pod cechami CAM 1–4 po prawej stronie powyżej). | | | | | | | |
| Jeśli pytania 21 lub 22 są twierdzące, dodaj 1 dodatkowy punkt do ogólnego wyniku, zachowując wspólny mianownik 20. | | | | | | | |
| Całkowity wynik 3D-CAM-S: _____/20 | | | | | | | |