

THE FAMILY CONFUSION ASSESSMENT METHOD (FAM-CAM)

(Inouye SK, Puelle MR, Saczynski JS, Steis MR, 2011; Steis MR, Evans L, Hirschman KB, Hanlon A, Fick DM, Flanagan N, Inouye SK, 2012; Fernandes L, Martins S, Simões MR, 2013)

Adaptação autorizada pelos autores a partir de:

Inouye SK, Puelle MR, Saczynski JS, Steis MR. The Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM): Instrument and Training Manual. 2011. Boston, MA: Hospital Elder Life Program, LLC.

Steis MR, Evans L, Hirschman KB, Hanlon A, Fick DM, Flanagan N, Inouye SK. Screening for delirium using family caregivers: convergent validity of the family confusion assessment method and interviewer-rated confusion assessment method. J Am Geriatr Soc. 2012 Nov;60(11):2121-6.

Versão Portuguesa: Lia Fernandes, Sónia Martins, Mário R. Simões

Contactos: Lia Fernandes. FMUP, email: lfernandes@med.up.pt Sónia Martins. FMUP, email: soniamartins@med.up.pt

Mário R. Simões. FPCEUC, email: simoemr@fpce.uc.pt

Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM) Instrument

Para investigação e clínica

Avaliador: _____

Cuidador/Informante: _____

Doente: _____

Data: ___/___/___

Hora: ___:___

[É recomendado a escolha de um cuidador adequado: Ver Instruções]

Assinale a resposta para cada pergunta

Estas perguntas destinam-se a identificar no [nome do membro da família], alterações do pensamento, concentração e estado de alerta durante os últimos dias. Por favor, interrompa-me, a qualquer momento, se não entender as questões.

1. Gostaria que pensasse no(a) último(a) [mês/semana/dia] *. Durante este(a) [mês/semana/dia]*, notou alguma mudança no pensamento ou concentração dele(a), como estar menos atento, parecendo estar confuso ou desorientado (não saber onde ele(a) estava), comportando-se de forma inapropriada, ou estando extremamente sonolento todo o dia?	Sim	Não	Não sei
* Ajustar o período de tempo de acordo com os seus objectivos			
2. Em algum momento, ele(a) teve dificuldade em focalizar a atenção, por exemplo, distraíndo-se facilmente ou tendo dificuldade em seguir aquilo que lhe estava a ser dito?	Sim	Não	Não sei
3. Em algum momento, ele(a) teve um discurso desorganizado, incoerente, vago, pouco claro, ou ilógico?	Sim	Não	Não sei
4. Em algum momento, ele(a) pareceu estar excessivamente quebrado ou sonolento durante o dia?	Sim	Não	Não sei
5. Em algum momento, ele(a) esteve desorientado, por exemplo, pensar que estava num local diferente daquele em que estava, ou confuso na hora do dia?	Sim	Não	Não sei
6. Em algum momento, ele(a) pareceu ver ou ouvir coisas que não estavam realmente presentes, ou pareceu confundir o que viu ou ouviu?	Sim	Não	Não sei
7. Em algum momento, ele(a) comportou-se de forma inapropriada, tal como, deambular, gritar, lutar ou estar agitado?	Sim	Não	Não sei

8. Por favor, diga-nos mais, sobre as mudanças que notou nos comportamentos referidos acima (# 1-7). Registrar o máximo de detalhes possíveis.				
<hr/> <hr/> <hr/>				
9. Alguma destas alterações (# 1-7) esteve presente todo o tempo, ou ia e vinha de dia para dia?	Todo o tempo	Vai e vem	Não sei	
10. Em que momento essas alterações começaram?				
Diria que elas começaram:		Durante a última semana Entre 1 e 2 semanas atrás Entre 2 e 4 semanas atrás Mais de 4 semanas atrás		
11. Globalmente, estas mudanças estão a ficar melhores, piores, ou na mesma?	Melhores	Piores	Na mesma	Não sei

Copyright © 1988 Hospital Elder Life Program, LLC.

COTAÇÃO DO FAM-CAM

É importante lembrar que o FAM-CAM se destina apenas a auxiliar na detecção e não à elaboração de um diagnóstico clínico. Se um resultado positivo é sugerido no FAM-CAM, uma avaliação adicional com testes cognitivos ao doente, é necessária.

O FAM-CAM é considerado positivo se os seguintes critérios estiverem presentes: a) início agudo ou curso flutuante e b) desatenção c) e ainda desorganização do pensamento ou alteração do nível de consciência.

Várias destas questões podem ajudar a identificar se estes critérios estão presentes, como abaixo apresentados:

Critérios	Questão #	Resposta Positiva
Início agudo - OU - Flutuação	Questão 1, 10	Sim, <4 semanas atrás
	Questão 9	Vai e vem
Desatenção - E - - E AINDA -	Questão 2	Sim
Desorganização do Pensamento - OU -	Questões 3, 5, 6 (7 adicional)	Sim
Alteração do Nível de Consciência	Questão 4	Sim

Algoritmo de cotação: Verifique na caixa se a resposta do entrevistado está assinalada.

O delirium é sugerido se houver pelo menos uma resposta assinalada em cada uma das 3 colunas.

Questão	Coluna 1 Início Agudo ou Flutuação	Coluna 2 Desatenção	Coluna 3 Desorganização do Pensamento ou Alteração do Nível de Consciência
Questão 1 = sim? (Alguma Mudança)	→ <input type="checkbox"/>		
Questão 2 = sim? (Desatenção)		→ <input type="checkbox"/>	
Questão 3 = sim? (Discurso Desorganizado)			→ <input type="checkbox"/>
Questão 4 = sim? (Quebra Excessiva)			→ <input type="checkbox"/>
Questão 5 = sim? (Desorientação)			→ <input type="checkbox"/>
Questão 6 = sim? (Perturbação da Percepção)			→ <input type="checkbox"/>
Questão 9 = "Vai e vem"? (Flutuação)	→ <input type="checkbox"/>		
Questão 10 = <4 semanas? (Início Agudo)	→ <input type="checkbox"/>		

O delirium é sugerido se existir pelo menos uma resposta assinalada em cada uma das três colunas.

Delirium sugerido? _____ sim _____ não