

**SCALA DI VALUTAZIONE 3D-CAM** [CAM Copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC. Riproduzione vietata senza autorizzazione] Versione 5.2

Istruzioni di codifica: Per ogni 'Non corretto', 'Sì', 'Non so' o Nessuna risposta/Risposta senza senso, contrassegnare la casella della colonna che designa la caratteristica presente							
LEGGI: Avrei delle domande da porle riguardo al suo pensiero e alla sua memoria...				1	2	3	4
1. Può dirmi per favore in che anno siamo?	<input type="checkbox"/> Corretto	<input type="checkbox"/> Rifiuta	<input type="checkbox"/> Non corretto, Non so, Nessuna risposta, Risposta senza senso	→	→		
2. Può dirmi per favore che giorno della settimana è oggi?	<input type="checkbox"/> Corretto	<input type="checkbox"/> Rifiuta	<input type="checkbox"/> Non corretto, Non so, Nessuna risposta, Risposta senza senso	→	→		
3. Può dirmi per favore in che posto ci troviamo? [ospedale]	<input type="checkbox"/> Corretto	<input type="checkbox"/> Rifiuta	<input type="checkbox"/> Non corretto, Non so, Nessuna risposta, Risposta senza senso	→	→		
4. Ora le leggerò dei numeri. Vorrei che me li ripetesse al contrario. Ad esempio, se dico "5-2"- lei dovrà dirmi "2-5". OK? La prima sequenza è 7-5-1 (1-5-7) Scandire i numeri al ritmo di 1 al secondo	<input type="checkbox"/> Corretto	<input type="checkbox"/> Rifiuta	<input type="checkbox"/> Non corretto, Non so, Nessuna risposta, Risposta senza senso	→			
5. La seconda sequenza è: 8-2-4-3 (3-4-2-8)	<input type="checkbox"/> Corretto	<input type="checkbox"/> Rifiuta	<input type="checkbox"/> Non corretto, Non so, Nessuna risposta, Risposta senza senso	→			
6. Può dirmi per favore i giorni della settimana al contrario partendo da sabato? Suggerire eventualmente "Che giorno viene prima di..." per massimo 2 volte	<input type="checkbox"/> Corretto	<input type="checkbox"/> Rifiuta	<input type="checkbox"/> Non corretto, Non so, Nessuna risposta, Risposta senza senso	→			
7. E ora può dirmi per favore i mesi dell'anno al contrario partendo da dicembre? Suggerire eventualmente "Che mese viene prima di..." per massimo 2 volte	<input type="checkbox"/> Corretto	<input type="checkbox"/> Rifiuta	<input type="checkbox"/> Non corretto, Non so, Nessuna risposta, Risposta senza senso	→			
8. Nel corso dell'ultimo giorno si è mai sentito confuso? (riguardo a informazioni elementari come orientamento o motivo dell'ospedalizzazione, non a dettagli relativi a condizioni/trattamenti medici)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rifiuta	<input type="checkbox"/> Sì, Non so, Nessuna risposta, Risposta senza senso				
9. Nel corso dell'ultimo giorno ha mai pensato di non trovarsi realmente in ospedale?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rifiuta	<input type="checkbox"/> Sì, Non so, Nessuna risposta, Risposta senza senso				
10. Nel corso dell'ultimo giorno ha visto cose che in realtà non c'erano?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rifiuta	<input type="checkbox"/> Sì, Non so, Nessuna risposta, Risposta senza senso				
<b>VALUTAZIONI DELL'OSSERVATORE (da completarsi dopo aver posto al paziente le domande 1-10)</b>							
11A. Durante l'intervista il paziente era sonnolento (ossia si addormentava, ma era facilmente risvegliabile)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Sì	→	→	→	
11B. Durante l'intervista il paziente era stuporoso o comatoso (ossia era difficile o impossibile da risvegliare)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Sì	→	→	→	
12. Il paziente appariva ipervigilante (ossia aveva risposte eccessivamente forti a oggetti/stimoli ambientali ordinari, spaventandosi inappropriatamente per cose da poco)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Sì	→	→	→	

13. Il paziente aveva un flusso di idee poco chiaro o illogico ( <i>ossia aveva un linguaggio privo di senso, dava risposte inappropriate, faceva affermazioni contraddittorie o passava improvvisamente da un argomento all'altro</i> )?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Sì	→	→				
14. La conversazione del paziente era sconnessa, inappropriatamente verbosa o divergente ( <i>ossia dava risposte fuori tema o raccontava storie non correlate all'intervista</i> )?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Sì	→	→				
15. Il linguaggio del paziente era insolitamente limitato o scarno ( <i>ossia dava risposte inappropriatamente brevi e stereotipate</i> )?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Sì	→	→				
16. Il paziente faceva fatica a tenere il filo di quanto veniva detto durante l'intervista ( <i>ossia chiedeva ripetutamente all'intervistatore di ripetere le domande</i> )?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Sì	→					
17. Il paziente appariva inappropriatamente distratto da stimoli ambientali ( <i>quali ad es. televisione, persone fuori dalla camera, conversazioni del compagno di stanza</i> )?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Sì	→					
18. Il livello di coscienza del paziente ha mostrato fluttuazioni durante l'intervista ( <i>ossia il paziente si è spesso addormentato in parte dell'intervista, ma è stato perfettamente sveglio in un'altra</i> )?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Sì						
19. Il livello di attenzione del paziente ha mostrato fluttuazioni durante l'intervista ( <i>ossia il paziente è stato molto disattento in parte dell'intervista, ma attento in un'altra</i> )? N.B. Rispondere in modo corretto ad alcune domande e in modo non corretto ad altre non basta a codificare questo elemento positivamente.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Sì						
20. Il linguaggio/pensiero del paziente ha mostrato fluttuazioni durante l'intervista ( <i>ossia il paziente ha parlato molto lentamente in parte dell'intervista e molto velocemente in un'altra oppure il suo linguaggio è stato coerente in parte dell'intervista e senza senso in un'altra</i> )?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Sì						
<b>DOMANDE SUPPLEMENTARI (da completarsi solo se NON risulta contrassegnata la Caratteristica 1, ma sono contrassegnate la Caratteristica 2 e la Caratteristica 3 o la Caratteristica 4)</b>									
21. Consultate la cartella clinica o contattate un familiare, un amico o un operatore sanitario che conosca bene il paziente per capire se si è davanti a un cambiamento acuto del suo stato. Domanda: "Si è avuto un cambiamento acuto nella memoria o nel pensiero del paziente?"	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Sì						
22. SE SI È AL SECONDO GIORNO DI OSPEDALIZZAZIONE O PIÙ IN LÀ E SONO DISPONIBILI VALUTAZIONI 3D-CAM PRECEDENTI: Rivedete le precedenti valutazioni 3D-CAM e determinate se vi è stato un cambiamento acuto nella risposta ai test in base a QUALSIASI nuovo elemento "positivo".	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Sì						
						1	2	3	4
<b>Ricapitolativo CAM: Contrassegnare se la caratteristica è presente nella colonna sovrastante</b>									
<b>LA DIAGNOSI DI DELIRIUM RICHIEDE LA PRESENZA DELLA CARATTERISTICA 1+2+3+4: _____</b>						<b>Presente _____ Assente</b>			

©1999 Hospital Elder Life Program, LLC. All rights reserved. Not to be reproduced without permission.

