

家庭混乱评估法 (FAM-CAM)

用于临床和研究用途

评估人：

看护人/提供资料人：

日期：

患者：

时间：

[建议筛查合适的护理人员：见说明]

圈出每个问题的答案或在每个答案后面的 内 ✓

这些项目旨在确定最近一周患者在思维、注意力和警觉性的变化。如果您存在任何困惑，请随时示意我暂停。

1. 请您想想过去的一周。在期间，你有没有注意到他/她的思维或注意力有任何变化，例如注意力不集中、感到困惑或迷失方向（不知道自己在哪里）、行为不当或整天极度困倦？ 是 否 不知道
2. 他/她是否难以集中注意力，例如容易分心或任何时候难以集中精神跟上您的说话内容？ 是 否 不知道
3. 他/她的讲话是否一直杂乱无章、语无伦次、漫无边际、不清楚或不合逻辑？ 是 否 不知道
4. 他/她在白天是否随时都会表现得过度昏昏欲睡或困倦？ 是 否 不知道
5. 他/她是否迷失了方向，例如，认为自己在她/他实际所在地以外的地方，或者在任何时候误判了一天中的时间？ 是 否 不知道
6. 他/她是否似乎看到或听到了实际上不存在的东西，或者误解了他/她所看到或听到的东西？ 是 否 不知道
7. 他/她是否有不适当的行为，例如徘徊不定，大喊大叫，或者 是 否 不知道

在任何时候都好斗或激烈？

八. 请告诉我们更多关于您在上面 #1-7 中的任何行为中注意到的变化。尽可能详细地描述！

九. 以上变化 (#1-7) 一直存在，它是反反复复？

一直存在 <input type="checkbox"/>	时而出现 <input type="checkbox"/>	不知道 <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

十. 这些变化是什么时候开始的？您何时开始了它们？

上周内 <input type="checkbox"/>	1 至 2 周前 <input type="checkbox"/>	2 至 4 周前 <input type="checkbox"/>	4 周前 <input type="checkbox"/>
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

十一. 总的来说，这些变化是好、更糟、更重还是大致不变？

好转 <input type="checkbox"/>	更糟 <input type="checkbox"/>	大致一样 <input type="checkbox"/>	不知道 <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------

版权所有 2003, Hospital Elder Life Program. 未经许可, 不得转载。