

编号: \_\_\_\_\_ 姓名: \_\_\_\_\_ 床号: \_\_\_\_\_ 科室: \_\_\_\_\_ 评估日期: \_\_\_\_\_

### 3D-CAM 评估单-5.6

评估指导: 对于答案为“错误”、“是”、“不知道”或无反应/无意义的反应的条目, 在右侧的相应空白格子  
里打“✓”, 若 CAM 特征下的任一格子被打“✓”, 则此特征为阳性。

开始评估时间: \_\_\_\_点 \_\_\_\_分 \_\_\_\_秒

| 条目 1~10: 通过询问或评估患者完成                                                                                |                             |                             |                                            | CAM 特征 |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|--------|---|---|---|
| 读: 我要问您几个问题, 了解一下您的思维和记忆力情况                                                                         |                             |                             |                                            | 1      | 2 | 3 | 4 |
| 1 请告诉我: 今年是几几年                                                                                      | <input type="checkbox"/> 正确 | <input type="checkbox"/> 拒绝 | <input type="checkbox"/> 错误、不知道、无反应、无意义的反应 | →      | → | 3 |   |
| 2 请告诉我: 今天是星期几?                                                                                     | <input type="checkbox"/> 正确 | <input type="checkbox"/> 拒绝 | <input type="checkbox"/> 错误、不知道、无反应、无意义的反应 | →      | → | 3 |   |
| 3 请告诉我这里是什么地方? (医院)                                                                                 | <input type="checkbox"/> 正确 | <input type="checkbox"/> 拒绝 | <input type="checkbox"/> 错误、不知道、无反应、无意义的反应 | →      | → | 3 |   |
| 4 我给您读几个数字, 请您按照我读的相反顺序重复一遍。例如, 如果我说“5-2”, 您就说“2-5”,<br>可以吗? 第一组数字是“9-5-1”。<br>(1-5-9) 请 1 秒钟说一个数字。 | <input type="checkbox"/> 正确 | <input type="checkbox"/> 拒绝 | <input type="checkbox"/> 错误、不知道、无反应、无意义的反应 | →      | 2 |   |   |
| 5 第二组数字是“8-2-4-3”。(3-4-2-8)                                                                         | <input type="checkbox"/> 正确 | <input type="checkbox"/> 拒绝 | <input type="checkbox"/> 错误、不知道、无反应、无意义的反应 | →      | 2 |   |   |
| 6 请从 100 减去 3, 然后再减去 3, 连续减 11 次。                                                                   | <input type="checkbox"/> 正确 | <input type="checkbox"/> 拒绝 | <input type="checkbox"/> 错误、不知道、无反应、无意义的反应 | →      | 2 |   |   |
| 7 请从 49 减去 3, 然后再减去 3, 连续减 6 次。                                                                     | <input type="checkbox"/> 正确 | <input type="checkbox"/> 拒绝 | <input type="checkbox"/> 错误、不知道、无反应、无意义的反应 | →      | 2 |   |   |
| 8 昨天您是否有意识模糊的感觉?<br>如不知道自己在什么地方或为什么住院。                                                              | <input type="checkbox"/> 否  | <input type="checkbox"/> 拒绝 | <input type="checkbox"/> 是、不知道、无反应、无意义的反应  | 1      |   |   |   |
| 9 昨天您是否有不是住在医院的感觉?                                                                                  | <input type="checkbox"/> 否  | <input type="checkbox"/> 拒绝 | <input type="checkbox"/> 是、不知道、无反应、无意义的反应  | 1      |   |   |   |

|                                                                                  |                            |                               |                                               |       |   |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------|-------|---|
| 10 昨天您是否看到一些这里并没有的东西？                                                            | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 拒绝   | <input type="checkbox"/> 是、不知道、无反应、<br>无意义的反应 | 1     |   |
| 条目 11 ~ 20：由评估者在询问完病人上述 10 个问题后完成。                                               |                            |                               |                                               |       |   |
| 11A 在问上述问题时患者是不是处于嗜睡状态？<br>(至少有 1 次患者在评估时处于睡眠状态的证据，<br>例如频频点头、抽搐、翻白眼、打鼾，但很容易被叫醒) | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 无法评估 | <input type="checkbox"/> 是                    | → → → | 4 |
| 11B 在交谈期间，患者是否总处于昏睡或昏迷状态？（他/她很难或不可能被叫醒）                                          | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 无法评估 | <input type="checkbox"/> 是                    | → → → | 4 |
| 12 病人是否有过度警觉的表现？<br>(即对环境中很平常的事物/刺激出现过度强烈的反应或不恰当的惊吓)                             | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 无法评估 | <input type="checkbox"/> 是                    | → → → | 4 |
| 13 病人是否存在思维不清或逻辑混乱？<br>(如说话毫无意义、回答问题不恰当、说话自相矛盾或出人意料地从一个话题转到另一个话题。)               | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 无法评估 | <input type="checkbox"/> 是                    | → →   | 3 |
| 14 病人说话是否存在漫无边际、不恰当的啰嗦或离题？<br>(答非所问或讲述一个与交谈内容无关的事件)                              | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 无法评估 | <input type="checkbox"/> 是                    | → →   | 3 |
| 15 患者是否有说话异常的有限或稀少？<br>(回答的问题异常地简短或刻板)                                           | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 无法评估 | <input type="checkbox"/> 是                    | → →   | 3 |
| 16 在交谈时，患者的注意力是否很难跟上你说的话？<br>(反复地要求你重复问题)                                        | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 无法评估 | <input type="checkbox"/> 是                    | →     | 2 |
| 17 患者是否极容易被环境中的刺激吸引（例如电视、房间外的人员、室友的谈话）？                                          | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 无法评估 | <input type="checkbox"/> 是                    | →     | 2 |
| 18 患者是否在交谈中表现出意识水平的波动？<br>(如频繁出现有时睡着、有时非常清醒的状况)                                  | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 无法评估 | <input type="checkbox"/> 是                    | 1     |   |
| 19 在上述交谈过程中患者是否表现出注意力的波动？<br>(如在交谈时注意力有时非常不集中，有时却集                               | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 无法评估 | <input type="checkbox"/> 是                    | 1     |   |

|                                                                                                                                          |                            |                               |                            |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|---|---|
| 中。注意：不能通过患者能否正确回答问题来判断此特征)                                                                                                               |                            |                               |                            |   |   |
| <b>20</b> 在上述交谈过程中，患者的 <b>语速/思维是否波动</b> ？<br>（如在交谈过程中患者的语速有时很慢、有时很快；或者一会儿能正确回答，一会儿“答非所问”）                                                | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 无法评估 | <input type="checkbox"/> 是 | 1 |   |
| <b>选择性问题的：当特征 1（-）、特征 2（+）、特征 3（+）或/和特征 4（+）时评估</b>                                                                                      |                            |                               |                            |   |   |
| <b>21</b> 若此时为患者入院第一天或没有以前的 3D-CAM 评估结果：通过查阅病历或询问了解病人情况的家属、朋友或者照护者“ <b>患者的记忆力和思维是否正在经历急性改变？</b> ”                                        | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 无法评估 | <input type="checkbox"/> 是 | 1 |   |
| <b>22</b> 如果患者在本次住院期间已使用 3D-CAM 进行评估：请查看以前的 3D-CAM 结果并判断新出现的任一阳性特征是否属于急性变化。                                                              | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 无法评估 | <input type="checkbox"/> 是 | 1 |   |
| <b>CAM 特征汇总：</b> 在阳性特征下打“✓”                                                                                                              |                            |                               |                            | 1 | 2 |
|                                                                                                                                          |                            |                               |                            | 3 | 4 |
| <b>谵妄：</b> ____阳性____阴性<br>（谵妄阳性：特征 1 和特征 2 阳性以及特征 3 或特征 4 中的任一个阳性）                                                                      |                            |                               |                            |   |   |
| 3D-CAM-S 严重程度评分：条目 1-20 每条阳性计 1 分（计算右侧谵妄特征 1-4 下所有被勾选格子的总和）。<br>如果第 21 或第 22 条目有提问且为阳性，则额外加 1 分到总分中，同时分母仍维持为 20。<br>3D-CAM-S 总分=_____/20 |                            |                               |                            |   |   |

结束评估时间： \_\_\_\_点\_\_\_\_分\_\_\_\_秒  
 评估人： \_\_\_\_\_