

Правила оформления истории болезни пациентов с синдромом старческой астении

Паспортная часть

Необходимо внесения сведений о родственниках, опекунах с указанием фамилии, имени, отчества и способа связи при возникновении необходимости получения или передачи информации (номера телефонов, адрес проживания, электронный адрес).

Оформление диагноза

Клинический диагноз состоит из двух основных диагнозов: первый - синдром старческой астении (ССА, R54) в развернутом виде (примеры формулировки приведены ниже); второй – основное заболевание (с указанием кода по МКБ-10), послужившее причиной госпитализации, определяющее тяжесть и прогноз заболевания.

Диагноз должен включать осложнения и сопутствующие заболевания, оценку риска, имеющие значение для ведения пациента.

Госпитализация (плановая)

Обязательно наличие направления, оформленного надлежащим образом, и результаты опросника «Возраст не помеха», соответствующие критериям ССА, оба документа вклеиваются в историю болезни.

При отсутствии проведенного на догоспитальном этапе краткого опроса на выявление ССА медицинский персонал приемного отделения опрашивает пациента и оформляет бланк опросника «Возраст не помеха» в соответствии с алгоритмом постановки диагноза ССА (Приложение 2).

В приемном отделении:

- уточнение диагноза ССА (проверка документов или проведение предварительной диагностики в соответствии с представленным алгоритмом), выполняет врач или подготовленная медицинская сестра;
- выявление острых когнитивных нарушений у пациента при условии возможности получения дополнительной информации от лиц, сопровождающих пациента (тестирование по шкале оценки спутанности сознания - the Confusion Assessment Method, CAM - Приложение 3), выполняет врач или подготовленная медицинская сестра;
- выполнение теста мини-Ког (Mini-Cog)

В отделениях (гериатрическом, неврологическом, кардиологическом)

- лечащим врачом пациента с ССА является врач-гериатр;
- оказание медицинской помощи пациенту при наличии ССА и

заболеваний (состояний) и гериатрических синдромов осуществляется в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- пациентам с ССА в первый день госпитализации оформляется карта сестринского наблюдения за пациентом (Приложение 3);

- лечащий врач в первый день госпитализации в разделе объективного осмотра пациента делает запись по результатам опросника «Возраст не помеха», шкалы оценки спутанности сознания - the Confusion Assessment Method, CAM и теста мини-Ког (Mini-Cog) из приемного покоя;

- развернутый диагноз ССА устанавливается во второй день госпитализации, после оформления дневника наблюдения, включает результаты карты сестринского наблюдения и дополнительных шкал и тестов, проведенных лечащим врачом с целью уточнения гериатрического статуса пациента;

- ежедневно в дневниках лечащий врач отмечает дополнительно ко всем общепринятым объективным показателям состояния здоровья пациента динамику его функционального и когнитивного статуса, а также, при необходимости, уровень болевого синдрома, нарушений сна и других показателей, принимая во внимание также данные результатов наблюдения среднего медицинского персонала и записи в сестринской карте;

- при ведении пациента с ССА реализуется междисциплинарный подход к оценке состояния пациента, при определении тактики лечения и разработки плана долговременного наблюдения; с этой целью привлекаются врачи различных специальностей в соответствии с клинической ситуацией (невролог, кардиолог, эндокринолог, клинический фармаколог, психиатр, врач ЛФК, физиотерапевт, оториноларинголог, офтальмолог, уролог, гинеколог, хирург и другие специалисты);

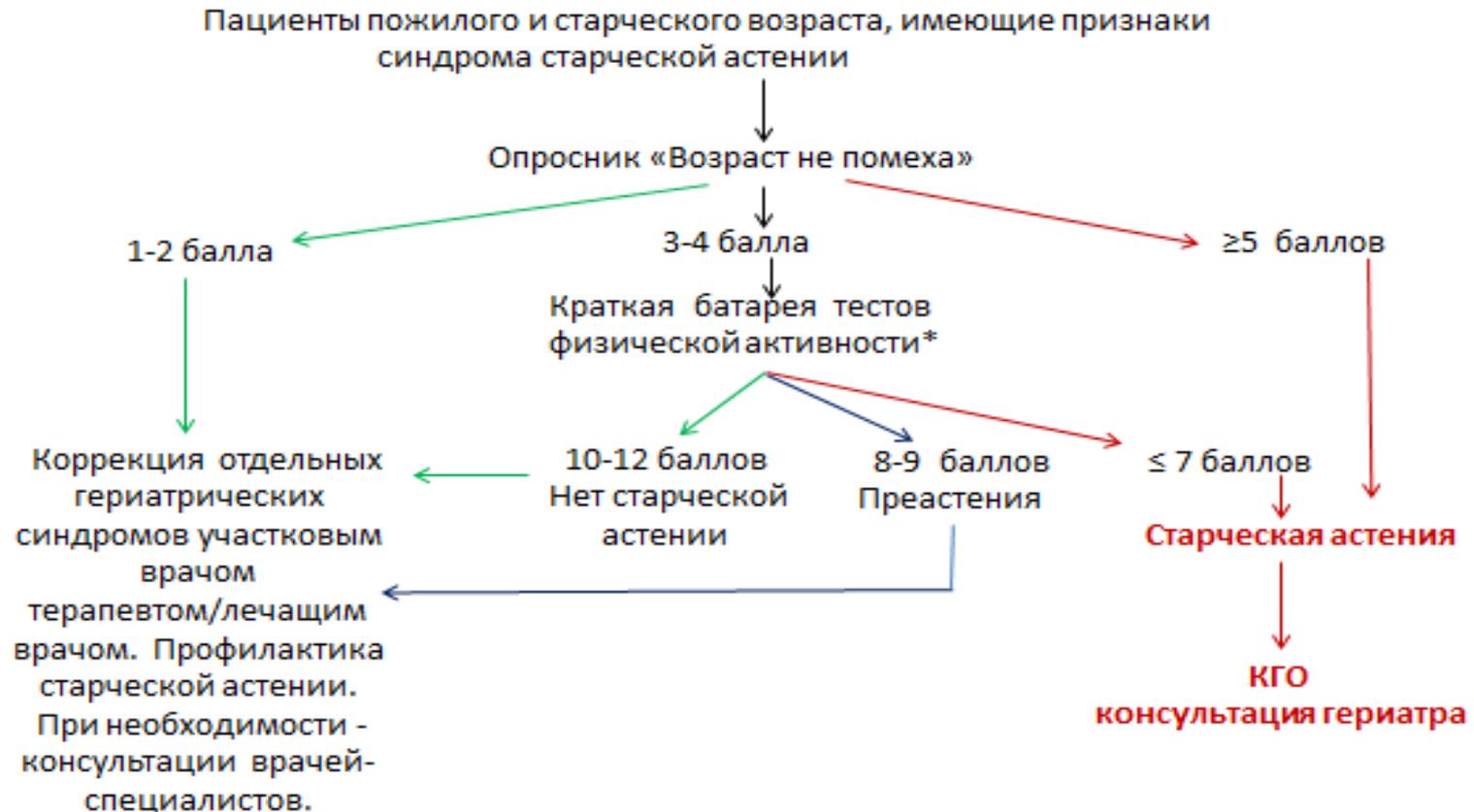
- обязательным является оценка социального статуса пациента с ССА; заключение специалиста по социальной работе в истории болезни состоит из предварительной оценки, которая проводится при поступлении пациента в стационар на 1-2-ой день поступления, и при выписке, при необходимости, включает рекомендации с уточнением социального статуса и уровнем необходимой социальной помощи и предлагаемым решением ее организации;

- кодирование истории заболевания осуществляется следующим образом: первый основной диагноз – ССА (R54), второй основной диагноз – основное, или приоритетное, заболевание, по поводу которого преимущественно проводилось обследование и лечение пациента в рамках настоящей госпитализации (Приложение 4);

- в выписном эпикризе должна быть отражена информация о результатах комплексной гериатрической оценки, динамики функционального и когнитивного статуса за период нахождения пациента в

стационаре; рекомендации по дальнейшему ведению пациента должны содержать рекомендации по питанию, уровню физической активности, лекарственной терапии, социальной помощи с указанием способов наблюдения, кратности осмотров и предполагаемых повторных консультаций специалистов.

Алгоритм диагностики синдрома старческой астении

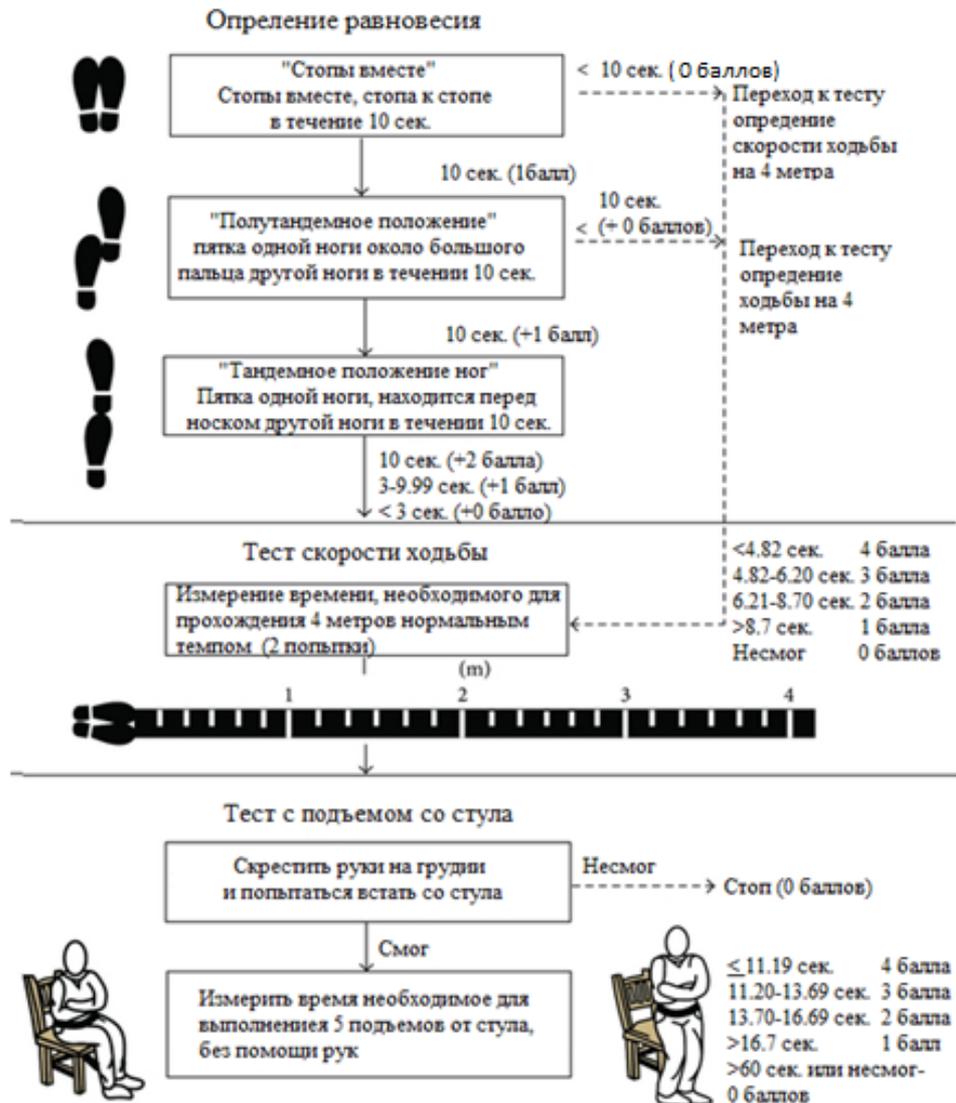


* В условиях ограниченного времени (например, в приемном покое) вместо краткой батареи тестов физической активности может использоваться кистевая динамометрия.

Критерии низкой силы пожатия в зависимости от пола и индекса массы тела

Пол	Индекс массы тела, кг/м ²	Сила пожатия, кг
Мужчины	≤24	≤29
	24,1-26	≤30
	26,1-28	≤30
	>28	≤32
Женщины	≤23	≤17
	23,1-26	≤17,3
	26,1-29	≤18
	>29	≤21

Краткая батарея тестов физической активности



КАРТА СЕСТРИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ

ФИО пациента _____

Возраст _____ лет Отделение _____ № палаты _____

Дата поступления _____ Дата выписки _____

Семейный статус (нужное подчеркнуть) женат/замужем, вдовец/вдова, не женат/не замужем
С кем проживает (нужное подчеркнуть) с женой/мужем, один, с детьми, другое _____

Контактное лицо _____ Телефон _____

Образование (нужное подчеркнуть) высшее, средне-специальное, среднее _____ классов

ФИО лечащего врача _____ Дата заполнения _____

Основные проблемы

Зрение	Возникают ли трудности при чтении газет/книг даже при использовании очков?		да нет
Слух	Приходится ли переспрашивать своего собеседника? (в том числе, при использовании слухового аппарата)		нет редко часто
Речь	не нарушена / нарушена		
Стул	ежедневный, 1 раз в 2 дня, 1 раз в 3-4 дня, реже, несколько раз в день		
Моче-испускание	Возникает ли непроизвольное подтекание мочи?	никогда; раз в неделю и реже; 2-3 раза в неделю; раз в день; несколько раз в день; все время;	
	Какое количество мочи подтекает?	Небольшое количество (несколько капель) Умеренное количество Большое количество	
Падения	Падал ли пациент за последний год?	Нет Да (1 раз, 2-3 раза, 4 и более раз) Обстоятельства падений: дома/ на улице днем, вечером, ночью	
	Бойтесь ли Вы того, что можете упасть?	Нет Да	
Использование вспомогательных средств	съемные зубные протезы, трость, ходунки, костыли, инвалидное кресло абсорбирующее белье		

Убедиться в наличии у пациента необходимых очков, слухового аппарата, абсорбирующего белья, вспомогательных средств для передвижения. Попросить родственников привезти. Доложить лечащему врачу. При нарушении речи - подобрать форму общения с пациентом (блокнот, ручка, звуковой сигнал, невербальная форма общения).

Базовая активность в повседневной жизни - индекс Бартел (Barthel Activities of daily living Index)

Прием пищи	10 - не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами; 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи; 0 - полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
Личная гигиена	5 - не нуждаюсь в помощи (умывание, чистка зубов, бритье) 0 - нуждаюсь в помощи
Одевание	10 - не нуждаюсь в посторонней помощи; 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц; 0 - полностью нуждаюсь в посторонней помощи
Прием ванны	5 - принимаю ванну без посторонней помощи; 0 - нуждаюсь в посторонней помощи
Контроль мочеиспускания	10 - контроль над мочеиспусканием 5 - случайные инциденты недержания мочи 0 - недержание мочи или катетеризация
Контроль дефекации	10 - контроль над дефекацией; 5 - случайные инциденты 0 - недержание кала (или необходимость постановки клизм)
Посещение туалета	10 - не нуждаюсь в помощи; 5 - частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и надевание брюк и т.д.); 0 - нуждаюсь в использовании судна, утки
Вставание с постели (передвижение с кровати на стул и обратно)	15 - не нуждаюсь в помощи; 10 - нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке; 5 - могу сесть в постели, но чтобы встать, нужна физическая поддержка 1 или 2-х людей 0 - не способен встать с постели даже с посторонней помощью, не удерживает баланс в положении сидя
Передвижение (на ровной поверхности)	15 - могу без посторонней помощи передвигаться на расстояние более 50 метров; 10 - могу передвигаться с посторонней помощью (вербальной или физической) на расстояние более 50 метров; 5 - могу передвигаться с помощью инвалидной коляски на расстояние более 50 метров; 0 - не способен к передвижению или передвигается на расстояние менее 50 метров;
Подъем по лестнице	10 - не нуждаюсь в помощи; 5 - нуждаюсь в наблюдении или поддержке; 0 - не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой

Общий балл: _____ /100 (интерпретация результатов: 100 баллов - нет зависимости, 90-95 баллов - легкая зависимость, от 60 до 90 баллов - умеренная зависимость, от 20 до 60 баллов - выраженная зависимость, 20 и менее баллов - полная зависимость).

При результате менее 60 баллов - ⇒ СИНЯЯ МАРКИРОВКА

По результатам теста составить индивидуальный план сестринского ухода.

Инструментальная активность в повседневной жизни - шкала Лоутона (Lawton Instrumental activities of daily living Scale)

Телефонные звонки	1	Пользуется телефоном по собственной инициативе, набирает номера
	1	Набирает несколько известных номеров
	1	Отвечает на телефонные звонки, но сам номера не набирает
	0	Не пользуется телефоном вообще
Покупки	1	Совершает самостоятельно все необходимые покупки
	0	Совершает самостоятельно небольшие покупки
	0	Требуется сопровождение при любом посещении магазина
	0	Полностью не в состоянии делать покупки
Приготовление пищи	1	Планирует, готовит и подает необходимую пищу самостоятельно
	0	Готовит необходимую пищу, если ингредиенты были предоставлены
	0	Подогревает и подает пищу или готовит пищу, но не соблюдает необходимую диету
	0	Нуждается, чтобы кто-то приготовил и подал пищу

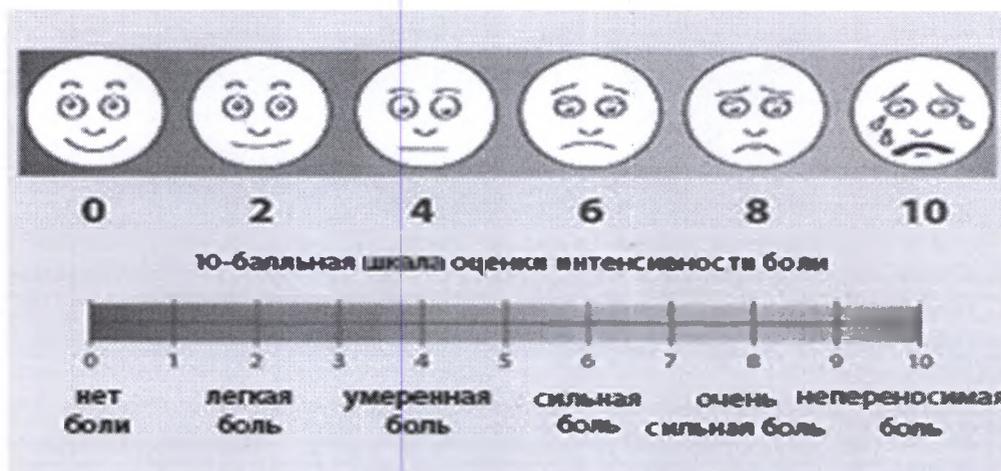
Ведение домашнего быта	1	Поддерживает дом в одиночку за исключением редкой помощи при необходимости выполнения тяжелой работы
	1	Выполняет простые повседневные дела, такие как мытье посуды или заправка кровати
	1	Выполняет простые повседневные дела, но не в состоянии поддерживать необходимый уровень чистоты в доме
	1	Нужна помощь при выполнении всех домашних дел
	0	Не участвует ни в каких хозяйственных делах
Стирка	1	Самостоятельно стирает все необходимые вещи
	1	Стирает мелкие вещи, такие как носки, чулки
	0	Вся стирка должна осуществляться кем-то
Пользование транспортом	1	Самостоятельно пользуется общественным транспортом или водит машину
	1	Организует собственную поездку на такси, но не пользуется общественным транспортом
	1	Пользуется общественным транспортом если кто-то при этом помогает или сопровождает
	0	Перемещается на такси или машине в сопровождении другого лица
	0	Не перемещается
Прием лекарств	1	Самостоятельно принимает необходимые лекарства в правильных дозировках и в правильное время
	0	Принимает лекарство, если оно было кем-то приготовлено для приема в необходимой дозе
	0	Не способен самостоятельно принимать лекарства
Финансовые операции	1	Самостоятельно контролирует финансовые вопросы (бюджет, проверка чеков, оплата за жилье, посещение банка), контролирует доходы
	1	Занимается ежедневными покупками, но нуждается в помощи с банковскими операциями и при осуществлении крупных покупок
	0	Не способен самостоятельно распоряжаться деньгами
Общий балл:		/8

Оценка боли

Есть ли хроническая боль, которая беспокоит на протяжении не менее 3-х месяцев? Нет Да

Болит ли что-то в данный момент? Нет Да → попросить пациента оценить интенсивность боли согласно ВАШ, отметить на схеме тела локализацию боли и осуществлять ежедневный мониторинг интенсивности боли по ВАШ

Визуально-аналоговая шкала оценки боли (ВАШ)



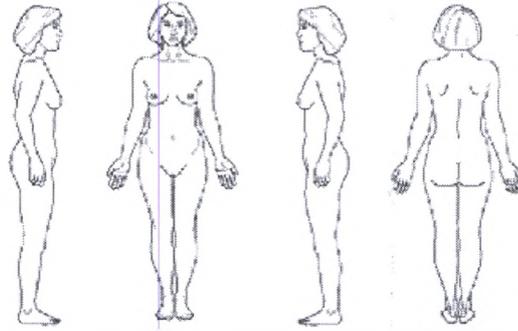


Таблица мониторинга интенсивности боли по ВАШ

Дата										
Время										
ВАШ, балл										

Тест «Мини – Ког» (Mini-Cog)

Лимон, ключ, флаг *или*
Яблоко, стол, монета

Результат: повторил после первого раза _____ / 3 слов (не считаются в общем результате)
вспомнил _____ / 3 слов (1 слово= 1 балл)
тест рисования часов _____ / 2 баллов
Общий результат: _____ / 5 баллов

Интерпретация:

4-5 баллов - *низкий риск тяжелых когнитивных нарушений;*

0-3 балла - *высокий риск тяжелых когнитивных нарушений* ⇒ **ЖЕЛТАЯ МАРКИРОВКА**

Риск депрессии

Шкала оценки здоровья пациента (Patient Health Questionnaire, PHQ)

В течение последних двух недель, как часто вас беспокоили следующие проблемы?

	Не беспокоили	Несколько дней	Более половины всех дней	Почти ежедневно
1. Вас мало интересовали дела или ничто не доставляло удовольствие	0	1	2	3
2. Вы испытывали чувство подавленности, депрессии или безнадежности	0	1	2	3
<i>Если за первые 2 вопроса пациент набрал 0-2 балла – риск депрессии низкий, оценку не продолжать. Если пациент набрал 3 и более баллов - продолжить оценку.</i>				
3. У вас были проблемы с засыпанием или со сном, или вы слишком много спали	0	1	2	3

4. Вы чувствовали усталость или испытывали недостаток энергии	0	1	2	3
5. Плохой аппетит или переедание	0	1	2	3
6. Вы испытывали чувство неудовлетворенности собой. Или думали о том. Что вы неудачник, или что подводите себя или свою семью	0	1	2	3
7. Трудности с концентрацией внимания, например, когда читаете газету или смотрите телевизор	0	1	2	3
8. Вы делаете все или говорите так медленно, что другие люди начинают это замечать. Или наоборот - вам не сидится на месте или вы так неутомимы, что делаете гораздо больше, чем обычно	0	1	2	3
9. Вам приходят мысли, что лучше всего было бы умереть или вы пытались поранить себя каким-то образом	0	1	2	3

Общий балл: _____ /27 (Интерпретация результатов: 0-4 - нет депрессии; 5-9 - низкий риск наличия депрессии; 10-14 - умеренный риск наличия депрессии; 15-19 - высокий риск наличия депрессии; 20-27 - крайне высокий риск наличия депрессии).
При результате 15 и более баллов - сообщить врачу.

Таблица мониторинга делирия

Шкала оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM)

Дата										
Время										
Результат: Делирий есть (+) /делирия нет (-)										

Если делирий есть: сообщить врачу, круглосуточное наблюдение, соблюдение режима дня, ежедневный контроль стула, мониторинг общего состояния: температура, артериальное давление, частота пульса, частоты дыхательных движений.

ОБЩИЙ СТАТУС

Рост _____ см; Вес _____ кг; ИМТ _____ (кг/м²)

Тесты для оценки мобильности

Оценка равновесия

Положение «Стопы вместе»*		< 10 секунд; ≥10 секунд
Полутандемное положение**		< 10 секунд; ≥10 секунд
Тандемное положение		< 3 секунд; 3-3,9 секунд; ≥10 секунд

*Если пациент не может устоять в положении «стопы вместе» 10 сек. - способность поддерживать равновесие в полутандемном и тандемном положении не проводится.

** Если пациент не может устоять в полутандемном положении 10 сек.- способность поддерживать равновесие тандемном положении не проводится.

Скорость ходьбы: проходит 4 метра за _____ секунд (скорость ходьбы _____ м/с);

Тест «Встань и иди» _____ секунд.,

Время, необходимое для выполнения 5-ти подъемов со стула без помощи рук _____ секунд

Если пациент не может выполнить однократный подъем со стула без помощи рук, тест с 5-ти кратным подъемом со стула не выполняется.

Оценка риска падений

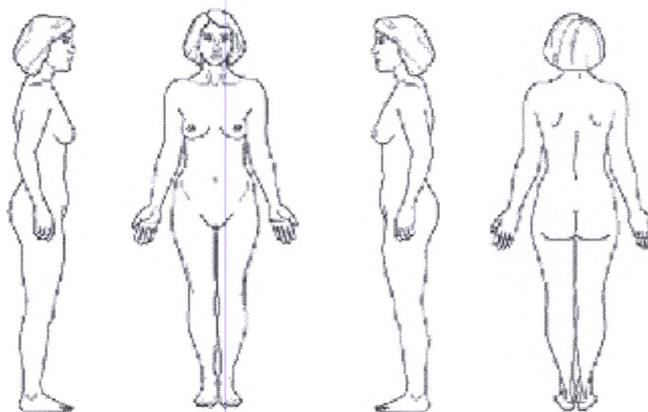
Падал за последний год 2 и более раз или падал за последний год 1 раз и есть нарушения походки (тест «Встань и иди» более 14 секунд или скорость ходьбы менее 0,8 м/с) или баланса (способность поддерживать равновесие в полутандемном положении менее 10 секунд и / или в тандемном положении менее 3-х секунд)	Высокий риск падений ⇒ РОЗОВАЯ МАРКИРОВКА
За последний год не падал или падал 1 раз, но нет нарушений походки и/или баланса	Низкий риск падений

Шкала Нортон для оценки риска развития пролежней (Norton Scale)

Показатель	Оценка
Физическое состояние	4-хорошее; 3-удовлетворительное; 2-плохое; 1-очень плохое;
Когнитивное состояние	4 –бдительный; 3- апатичный; 2- спутанное сознание; 1- ступор;
Активность	4 - передвигается без посторонней помощи; 3 – передвигается с помощью; 2 – прикован к инвалидному креслу; 1 –лежащий;
Мобильность	4 - полная; 3 - немного ограниченная; 2-значительно ограниченная; 1 - не передвигается;
Недержание	4-нет; 3- редкие эпизоды; 2 - недержание мочи; 1- недержание мочи и кала;

Общий балл: _____ /20 (**Интерпретация:** >18 баллов - *низкий риск развития пролежней*; 14-18 баллов - *умеренный риск*; 10-13 баллов - *высокий риск*, < 10 баллов – *очень высокий риск*).

При результате 13 и менее баллов ⇒ СИНЯЯ МАРКИРОВКА ⇒ составление индивидуального плана ухода и проведение мероприятий по профилактике пролежней, ежедневный осмотр кожных покровов. При появлении пролежней - отметить на схеме локализацию.



Краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional Assessment, MNA)

Скрининговая часть (пункты А-Е)		
А.	Снизилось ли за последние 3 месяца кол-во пищи, которое вы съедаете из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании?	0=серьезное снижение кол-ва съедаемой пищи 1= умеренное снижение; 2= нет снижения кол-ва съедаемой пищи

Б.	Потеря массы тела за последние 3 месяца	0= более, чем на 3 кг 1= не знаю; 2= от 1 до 3 кг 3=нет потери массы тела
В.	Подвижность	0 = прикован к кровати/стулу; 1=способен вставать с кровати /стула, но не выходит из дома; 2=выходит из дома
Г.	Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца	0=да; 2=нет
Д.	Психоневрологические проблемы	0= серьезное нарушение памяти или депрессия; 1= умеренное нарушение памяти; 2= нет нейропсихологических проблем
Е.	Индекс массы тела	0= меньше 19; 1=19-20; 2=21-22; 3= 23 и выше

Сумма баллов за скрининговую часть: _____/14

Интерпретация: Если сумма баллов за скрининговую часть составила 12-14 баллов - нормальный статус питания, опрос по шкале не продолжать.

Если сумма баллов по скрининговой части составила менее 12 баллов - продолжить опрос далее.

Ж.	Живет независимо (не в доме престарелых или больнице)	0=нет; 1=да
З.	Принимает более трех лекарств в день	0=да; 1=нет
И.	Пролежни и язвы кожи	0=да; 1=нет
К.	Сколько раз в день пациент полноценно питается	0=1 раз; 1=2 раза; 2=3 раза;
Л.	Маркеры потребления белковой пищи: одна порция молочных продуктов (1 порция = 1 стакан молока, 60 гр творога, 30 гр сыра, 3/4 стакана йогурта) в день (да /нет); две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 гр бобовых, 1 яйцо) (да /нет); мясо, рыба или птица каждый день (да /нет)	0= если 0-1 ответ да; 0,5= если 2 ответа да; 1=если 3 ответа да
М.	Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 гр овощей, 1 любой фрукт среднего размера)	0=нет; 1=да;
Н.	Сколько жидкости выпивает в день	0= меньше 3 стаканов; 0,5= 3-5 стаканов; 1= больше 5 стаканов;
О.	Способ питания	0= не способен есть без помощи; 1= ест самостоятельно с небольшими трудностями 2= ест самостоятельно
П.	Самооценка состояния питания	0=оценивает себя как плохо питающегося; 1=оценивает свое состояние питания неопределенно; 2=оценивает себя как не имеющего проблем с питанием
Р.	Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста	0=не такое хорошее 0,5=не знает; 1=такое же хорошее; 2=лучше
С.	Окружность по середине плеча, см	0= 20 и меньше; 0,5=21-22; 1=23 и больше
Т.	Окружность голени, см	0=меньше 31; 1=31 и больше

Общий балл: _____/30 (Интерпретация: >23,5 баллов – нормальный статус питания; 17-23,5 баллов – риск недостаточности питания; <17 баллов – недостаточность питания)

При результате 23,5 и менее баллов - сообщить врачу.

ФИО пациента:

Дата: _____

Шкала базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел)

Прием пищи	10 - не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами; 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи; 0 - полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
Личная гигиена	5 - не нуждаюсь в помощи (умывание, чистка зубов, бритье) 0 - нуждаюсь в помощи
Одевание	10 - не нуждаюсь в посторонней помощи; 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.; 0 - полностью нуждаюсь в посторонней помощи
Прием ванны	5 - принимаю ванну без посторонней помощи; 0 - нуждаюсь в посторонней помощи
Контроль мочеиспускания	10 - контроль над мочеиспусканием 5 - случайные инциденты недержания мочи 0 - недержание мочи или катетеризация
Контроль дефекации	10 - контроль над дефекацией; 5 - случайные инциденты 0 - недержание кала (или необходимость постановки клизм)
Посещение туалета	10 - не нуждаюсь в помощи; 5 - частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и надевание брюк и т.д.); 0 - нуждаюсь в использовании судна, утки
Вставание с постели (передвижение с кровати на стул и обратно)	15 - не нуждаюсь в помощи; 10 - нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке; 5 - могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна физическая поддержка 1 или 2-х людей) 0 - не способен встать с постели даже с посторонней помощью, не удерживает баланс в положении сидя
Передвижение (на ровной поверхности)	15 - могу без посторонней помощи передвигаться на расстояние более 50 метров; 10 - могу передвигаться с посторонней помощью (вербальной или физической) на расстояние более 50 метров; 5 - могу передвигаться с помощью инвалидной коляски на расстояние более 50 метров; 0 - не способен к передвижению или передвигается на расстояние менее 50 метров;
Подъем по лестнице	10 - не нуждаюсь в помощи; 5 - нуждаюсь в наблюдении или поддержке; 0 - не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой
Общий балл: _____/100	

Шкала инструментальной активности в повседневной жизни (Шкала Лоутон)

Телефонные звонки	1	Пользуется телефоном по собственной инициативе, набирает номера
	1	Набирает несколько известных номеров
	1	Отвечает на телефонные звонки, но сам номера не набирает
	0	Не пользуется телефоном вообще
Покупки	1	Совершает самостоятельно все необходимые покупки
	0	Совершает самостоятельно небольшие покупки
	0	Требуется сопровождение при любом посещении магазина
	0	Полностью не в состоянии делать покупки
Приготовление пищи	1	Планирует, готовит и подает необходимую пищу самостоятельно
	0	Готовит необходимую пищу, если ингредиенты были предоставлены
	0	Подогревает и подает пищу или готовит пищу, но не соблюдает необходимую диету
	0	Нуждается, чтобы кто-то приготовил и подал пищу
Ведение домашнего быта	1	Поддерживает дом в одиночку за исключением редкой помощи при необходимости выполнения тяжелой работы
	1	Выполняет простые повседневные дела, такие как мытье посуды или заправка кровати
	1	Выполняет простые повседневные дела, но не в состоянии поддерживать необходимый

		уровень чистоты в доме
	1	Нужна помощь при выполнении всех домашних дел
	0	Не участвует ни в каких хозяйственных делах
Стирка	1	Самостоятельно стирает все необходимые вещи
	1	Стирает мелкие вещи, такие как носки, чулки
	0	Вся стирка должна осуществляться кем-то
Пользование транспортом	1	Самостоятельно пользуется общественным транспортом или водит машину
	1	Организует собственную поездку на такси, но не пользуется общественным транспортом
	1	Пользуется общественным транспортом если кто-то при этом помогает или сопровождает
	0	Перемещается на такси или машине в сопровождении другого лица
	0	Не перемещается
Прием лекарств	1	Самостоятельно принимает необходимые лекарства в правильных дозировках и в правильное время
	0	Принимает лекарство, если оно было кем-то приготовлено для приема в необходимой дозе
	0	Не способен самостоятельно принимать лекарства
Финансовые операции	1	Самостоятельно контролирует финансовые вопросы (бюджет, проверка чеков, оплата за жилье, посещение банка), контролирует доходы
	1	Занимается ежедневными покупками, но нуждается в помощи с банковскими операциями и при осуществлении крупных покупок
	0	Не способен самостоятельно распоряжаться деньгами
Общий балл:		<u> </u> /8

Тесты для оценки мобильности

Тест «Встань и иди» (сек)	
Способность поддержания равновесия на одной ноге (сек)	правая нога
	левая нога

Шкала оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM)

Дата										
Результат (Делирий есть/делирия нет)										

Тест Мини-Ког (Mini-Cog)

Лимон, ключ, флаг

Результат: повторил после первого раза / 3 слов (не считаются в общем результате)
вспомнил / 3 слов (1 слово= 1 балл)
тест рисования часов /2 баллов
Общий результат: /5 баллов

Методические рекомендации и инструкции к заполнению

Карты сестринского наблюдения за пациентом

Карта сестринского наблюдения за пациентом (далее - Карта) заполняется однократно при поступлении пациента в стационар. Рекомендовано ее заполнение в день поступления пациента или, в случае выраженного утомления пациента, на следующий день. Если пациент имеет тяжелые когнитивные нарушения или выраженную зависимость от посторонней помощи, информацию, необходимую для заполнения Карты следует получить от родственников или ухаживающего лица, сопровождающего пациента.

Оценка функциональной активности пациента - базовой (индекс Бартел) и инструментальной (индекс Лоутона) позволяет получить информацию о наличии и степени зависимости пациента от посторонней помощи, что необходимо для составления плана ухода. Определяемая функциональная активность должна отражать реальные, а не предполагаемые действия пациента. Оценка функциональной активности проводится наиболее оптимальным для конкретной ситуации способом: путем беседы с пациентом и членом семьи или ухаживающим лицом (если пациент имеет тяжелые когнитивные нарушения), а также путем прямого наблюдения. Прямое тестирование не требуется. Обычно оценивается функционирование пациента в период предшествующих 24-48 часов. Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств, например, трости.

Ежедневно проводится оценка делирия, степени выраженности болевого синдрома при его наличии. У пациентов с высоким риском развития пролежней проводятся мероприятия по профилактике развития пролежней, ежедневная оценка кожного покрова.

Перед выпиской пациента повторно оценивается уровень базовой функциональной активности (индекс Бартел).

Диагностика делирия

(Шкала оценки спутанности сознания, Confusion Assessment Method, CAM)

Если пациент поступает в стационар в сопровождении родственников, САМ-тест следует проводить в день поступления, затем - ежедневно. При этом у родственников следует выяснить об особенностях психического статуса пациента и его динамике.

Если родственники не сопровождают пациента при поступлении в стационар, проводить САМ-тест следует со 2-го дня госпитализации. Информацию об остром изменении или волнообразном течении психического статуса следует передавать по дежурству при смене медицинского персонала.

1 этап	Острота и волнообразность изменений психического статуса: Имеются ли изменения психического статуса относительно исходного уровня? ИЛИ Отмечались ли волнообразные изменения психического	Если на оба вопроса ответ «нет» → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если на один из вопросов ответ «Да» → 2 этап
--------	---	---

	статуса в течение последних 24 часов?	
2 этап	Нарушение внимания: “Сжимайте мою руку каждый раз, когда я скажу букву А” Прочитайте следующую последовательность букв «Л А М П А А Л А Д Д И Н А» ОШИБКИ: Не сжимает на букву А и сжимает на другие буквы	Если 0-2 ошибки → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если >2 ошибки → 3 этап
3 этап	Изменения уровня сознания Уровень сознания на текущий момент (по RASS)	Если RASS отличен от 0 → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если RASS = 0 → 4 этап
4 этап	Дезорганизованное мышление: 1. Камень будет держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь? Команда: “Покажите столько же пальцев” (покажите 2 пальца) “Теперь сделайте тоже другой рукой” (не демонстрируйте) ИЛИ “Добавьте еще один палец” (если пациент не может двигать обеими руками)	Если ≥ 2 ошибка → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если 0-1 ошибка → ДЕЛИРИЯ НЕТ
Заключение: ДЕЛИРИЙ / делирия нет		

The Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

- +4 **ВОИНСТВЕННЫЙ**: воинственен, агрессивен, опасен для окружающих (срочно сообщить врачу об этих явлениях)
- +3 **ОЧЕНЬ ВОЗБУЖДЕН**: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер (сообщить врачу)
- +2 **ВОЗБУЖДЕН**: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам
- +1 **НЕСПОКОЕН**: тревожен, неагрессивные движения
- 0 **СПОКОЕН И ВНИМАТЕЛЕН**
- 1 **СОНЛИВ**: невнимателен, сонлив, но реагирует всегда на голос
- 2 **ЛЕГКАЯ СЕДАЦИЯ**: просыпается на короткое время на голос
- 3 **СРЕДНЯЯ СЕДАЦИЯ**: движение или открытие глаз на голос, но нет зрительного контакта

Тест Мини-Ког

		Баллы
Шаг 1	Скажите пациенту: «Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их за мной и запомнить». Позже я у Вас их спрошу». Четко произнесите 3 слова: ключ, лимон, флаг. Если пациент не повторил всех 3-х слов, повторите слова еще раз. Если пациент не может повторить всех 3-х слов после 3-х попыток, перейдите к Шагу 2.	Не начисляются
Шаг 2	Скажите пациенту: «Далее я хочу, чтобы вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате». После завершения попросите пациента отметить на часах время 11 часов 10 минут.	Правильно нарисованные часы – 2 балла (Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования. Цифры 12,3,6,9 расположены в

		соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не учитывается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов
Шаг 3	Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.	За каждое воспроизведенное слово в Шаге 3 пациент получает по 1 баллу. Если не вспомнил ни 1 слова – 0 баллов
Общее количество баллов за тест от 0 до 5. В случае если пациент набрал 4 или 5 баллов – вероятность деменции низкая. Если пациент набрал 0,1,2 или 3 балла – вероятность деменции высокая.		

Инструкция к выполнению тестов для оценки мобильности Определение равновесия пациента

Медицинская сестра, проводящая исследование:

Этот тест состоит из трех частей. В первой части Вы должны постараться удерживать равновесие в трех различных положениях. Я покажу Вам каждое из этих положений.

Положение «Стопы вместе»



(Продемонстрировать)

Я хочу, чтобы Вы простояли в таком положении, поставив стопы вместе, в течение 10 секунд. Вы можете балансировать руками, сгибать колени или перемещать тело так, чтобы сохранить равновесие, но постарайтесь не двигать стопы и ни за что не держаться. Постарайтесь находиться в этом положении в течение 10 секунд, до тех пор, пока Вы не услышите команду «стоп».

Как только медицинская сестра увидит, что пациент стоит самостоятельно (без поддержки), запустить секундомер. Необходимо остановить подсчет времени через 10 секунд, или как только пациент изменит положение ног или коснется чего-либо в поисках поддержки.

NB! Если пациент не может устоять в положении «стопы вместе» 10 сек. - способность поддерживать равновесие в полутандемном и тандемном положении не проводится.

Полутандемное положение



Медицинская сестра, проводящая исследование:

Теперь я покажу Вам второе положение (Продемонстрировать)

Я прошу вас на протяжении 10 секунд простоять, выставив одну ногу вперед так, чтобы носок одной стопы был на уровне середины другой стопы и внутренние поверхности двух стоп соприкасались. Вы можете выставить вперед любую стопу, как вам удобней. Вы можете балансировать руками, сгибать колени или перемещать тело так, чтобы сохранить равновесие, но постарайтесь не двигать стопы и ни за что не держаться. Оставайтесь в этом положении до тех пор, пока вы не услышите команду «Стоп».

Как только медицинская сестра увидит, что пациент стоит самостоятельно (без поддержки), запустить секундомер. Остановить подсчет времени через 10 секунд и сказать: «**Стоп**».

NB! Если пациент не может устоять в полутандемном положении 10 сек.- способность поддерживать равновесие тандемном положении не проводится.

Тандемное положение ног



Медицинская сестра, проводящая исследование:

Теперь я прошу Вас принять третье положение. (Продемонстрировать)

Встаньте так, чтобы пятка одной ноги находилась непосредственно перед носком другой ноги и касалась его. Стойте так 10 секунд. Вы можете выставить вперед любую ногу так, как это удобнее всего для вас. Вы можете балансировать руками, сгибать колени или перемещать тело так, чтобы сохранить равновесие, но постарайтесь не двигать стопы. Постарайтесь оставаться в этом положении до тех пор, пока не услышите команду «Стоп».

Как только медицинская сестра увидит, что участник стоит самостоятельно (без поддержки), запустить секундомер. Остановить подсчет времени через 10 секунд и скажите: «**Стоп**»

Определение скорости ходьбы

Необходимое расстояние: около 6 метров (коридор). Отмерить расстояние 4 метра и оставить около 1 метра до и после для разгона и торможения, чтобы пациент имел возможность продолжить движение еще на несколько шагов после финишной отметки, и не замедлял ходьбу из-за препятствия.

Медицинская сестра, проводящая исследование:

Этот тест необходим для того, чтобы мы смогли увидеть, как вы обычно ходите. Начните отсюда (стопы пациента на стартовой отметке).

Если Вы используете трость (или какое-либо другое вспомогательное устройство), и чувствуете, что оно вам необходимо, чтобы пройти это расстояние, Вы можете использовать его. Вы должны пройти без остановки с обычной скоростью, как если бы Вы шли по коридору или по улице. Я покажу Вам, что имею в виду.

Продемонстрировать. Необходимо смотреть вперед и, сохраняя прямую осанку, пройти с нормальной скоростью до финишной линии и перейти за нее.

Вам надо будет пройти этот путь два раза. В это время я буду сбоку от Вас. Мы не будем разговаривать, когда Вы будете идти, но я буду рядом для Вашей безопасности.

Пациент должен стоять без поддержки на стартовой линии таким образом, чтобы носки обеих стоп касались линии или незначительно заступали за нее и находились на удобном для участника расстоянии друг от друга.

Первая попытка пробная. Во время второй попытки измеряется время в секундах, за которое пациент проходит 4 метра.

Подъемы со стула

Подготовка: Однократный подъем со стула

Медицинская сестра, проводящая исследование:

«С помощью данного теста мы проверим силу ваших ног. Давайте я покажу, что Вы будете делать».

Покажите и объясните процедуру, сидя на стуле напротив пациента.

Во-первых, скрестите руки на груди или животе и сядьте так, чтобы ваши стопы были плотно прижаты к полу. Затем встаньте, держа руки скрещенными перед собой.

NB! Если пациент не может выполнить однократный подъем со стула без использования рук, тест с 5-кратным подъема со стула не выполняется.

5-кратный подъем со стула

Медицинская сестра, проводящая исследование:

Пожалуйста, пять раз подряд без остановок встаньте так быстро, как только можете. После каждого подъема нужно сесть, и потом снова встать. Руки должны быть скрещены перед собой. Я буду фиксировать время выполнения задания.

Фиксируется время, в течение которого пациента встает со стула без помощи рук 5 раз. После того, как пациент встал в пятый раз (конечная позиция), остановите секундомер.

Прекратите выполнение теста в следующих случаях:

- Если пациент встает с помощью рук
- Через минуту, если пациент не смог выполнить тест к этому времени
- По Вашему усмотрению, если это требуется для обеспечения безопасности пациента

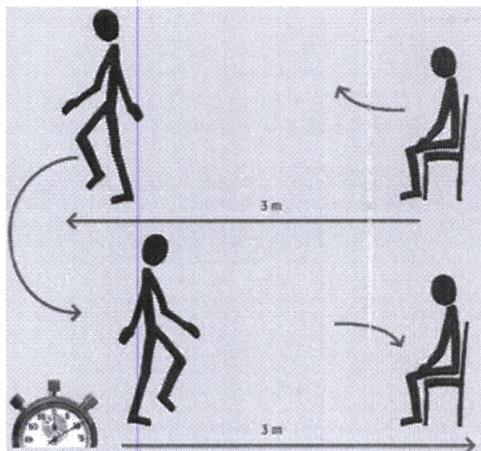
Если пациент останавливается, не выполнив 5 вставаний, и создается впечатление о его/ее усталости, уточните, спросив: «*Можете продолжить?*».

Если участник говорит: «Да», продолжайте тест. Если участник говорит: «Нет», становитесь и засекайте время на секундомере.

Тест «Встань и иди»

Для выполнения теста необходим стул без подлокотников и секундомер. На полу необходимо отмерить расстояние 3 метра.

Пациента просят встать со стула без помощи рук, пройти три метра, развернуться, вернуться назад и сесть на стул. При ходьбе пациент использует обычные для себя средства помощи (трость, ходунки). Засекается время, за которое пациент выполняет тест, начиная от момента вставания со стула, заканчивая моментом, когда пациент сел на стул.



План сестринских мероприятий по результатам оценки базовой функциональной активности (индекс Бартел)

Результат в баллах	Мероприятия	Периодичность
До 20 Полная зависимость	Постановка клизмы	По мере необходимости
	Смена памперса	2-3 раза в день
	Подмывание	Во время каждой сменой памперса
	Умывание	1 раз в день, утром
	Причесывание	1 раз в день
	Бритье	1 раз в 2 дня
	Уход за зубными протезами	После каждого приема пищи
	Чистка зубов	2 раза в день утром и вечером
	Помощь в приеме лекарственных препаратов	По назначению врача
	Помощь при посещении туалета	по мере необходимости
	Кормление	3-4 раза в день
	Помощь при перемещении с кровати на стул и обратно	По мере необходимости
	Переворачивание в кровати	По мере необходимости
	Одевание, раздевание	По мере необходимости
	Сопровождение на прогулки и процедуры	По мере необходимости
	Мытье	1 раз в 3 дня
	Гигиеническая обработка ушей и полости носа	1 раз в день утром
	Обработка пролежней	2 раза в день
	Смена постельного белья	По мере загрязнения
	Смена нательного белья	По мере загрязнения
Профилактика пролежней	Постоянно	
От 20 до 60 Выраженная зависимость	Помощь в умывании	По мере необходимости
	Помощь в причесывании	По мере необходимости
	Помощь в гигиенической обработке ушей и носа	По мере необходимости
	Помощь в уходе за зубными протезами	По мере необходимости

	Помощь в приеме лек. препаратов	По назначению врача
	Постановка клизмы	По мере необходимости
	Помощь в смене памперса	По мере необходимости
	Помощь во время приема пищи	3-4 раза в день
	Сопровождение на прогулку, процедуры, помощь в перемещении.	По мере необходимости
	Наблюдение за состоянием кожных покровов	1 раз в день
	Смена постельного белья	По мере загрязнения
	Смена нательного белья	По мере загрязнения
	Профилактика пролежней	Постоянно
От 60 до 90 умеренная зависимость	Постановка клизмы	По мере необходимости
	Санитарно-гигиенические процедуры	По мере необходимости
	Помощь в приеме пищи	3-4 раза в день
	Помощь при перемещении с кровати на стул и обратно	По мере необходимости
	Помощь в одевании, раздевании	По мере необходимости
	Сопровождение на прогулки и процедуры	По мере необходимости
	Помощь в смене постельного белья	По мере загрязнения
	Помощь в смене нательного белья	По мере загрязнения
	Наблюдение за состоянием кожных покровов	Ежедневно
90-95 баллов лёгкая зависимость	Помощь в приеме пищи	По мере необходимости
	Помощь при приеме лекарственных препаратов	По мере необходимости
	Сопровождение на прогулки, процедуры	По мере необходимости

Индекс выраженности бессонницы (ISI)

ФИО: _____ Дата: _____

В каждом пункте обведите цифру, которая наиболее соответствует Вашему ответу.

Пожалуйста, оцените Ваши **ТЕКУЩИЕ** (то есть, за прошедшие 2 недели) проблемы со сном:

Проблема со сном	Нет	Легкая	Умеренная	Тяжелая	Очень тяжелая
1. Проблема с засыпанием	0	1	2	3	4
2. Проблема прерывистого сна	0	1	2	3	4
3. Проблема слишком раннего пробуждения	0	1	2	3	4

4. Насколько Вы **УДОВЛЕТВОРЕННЫ** (или не удовлетворены) процессом своего сна?

Очень удовлетворен	Удовлетворен	Относительно удовлетворен	Не удовлетворен	Очень не удовлетворен
0	1	2	3	4

5. Насколько, как Вам кажется, **ЗАМЕТНЫ** окружающим Ваши проблемы со сном в плане нарушения качества Вашей жизни?

Совсем не заметны	Чуть	Немного	Сильно	Очень сильно заметны
0	1	2	3	4

6. В какой степени Вас **БЕСПОКОЯТ** (заботят) текущие проблемы со сном?

Совсем не беспокоят	Чуть	Немного	Сильно	Очень сильно беспокоят
0	1	2	3	4

7. В какой степени, по Вашему, Ваши проблемы со сном **МЕШАЮТ** Вашему повседневному функционированию (сказываются, например, в виде дневной усталости, на способности выполнять рабочие /ежедневные обязанности, концентрации, памяти, настроении и т.д.) **В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?**

Совсем не мешают	Чуть	Немного	Сильно	Очень сильно мешают
0	1	2	3	4

Интерпретация результатов:

0-7 баллов в сумме - норма;

8-14 - легкие нарушения сна;

15-21 - умеренные;

22-28 - выраженные.