



Test 4 A-cz: Hodnotící nástroj pro detekci deliria a kognitivních poruch

Jméno pacienta:

Datum narození:

Číslo pacienta:

Datum:

Čas:

Zkoušející:

(1) BDĚLOST

Zahrnuje pacienty, kteří mohou být zřetelně ospalí (např. obtížně probuditelní a/nebo zjevně ospalí v průběhu hodnocení) nebo agitovaní/hyperaktivní. Pozorujte pacienta. Pokud spí, pokuste se ho vzbudit slovy nebo se mu jemně dotkněte ramena. Hodnocení pomůže, když vyzvete pacienta, aby řekl svoje jméno a adresu.

Normální (během hodnocení plně bdělý, ale ne agitovaný)	0
Lehká ospalost po dobu méně než 10 sekund po probuzení, pak normální	0
Zřetelně abnormální	4

(2) ORIENTACE

Věk, datum narození, místo (jméno nemocnice nebo budovy), aktuální rok

Bez chyby	0
1 chyba	1
2 a víc chyb/nezvládne testování	2

(3) POZORNOST

Zeptejte se pacienta: „Prosím, vyjmenujte mi měsíce v roku pozpátku, začínajíc prosincem.“ K usnadnění úvodního porozumění je povoleno použít jednu nápovědu: „Jaký měsíc předchází prosinci?“

Zvládne bez chyby 7 měsíců nebo víc	0
Začne, ale naskóruje méně, než 7 správných měsíců/ odmítá začít	1
Nezvládne testování (nemůže začít, protože mu není dobře, je ospalý, nepozorný)	2

(4) NÁHLÁ ZMĚNA NEBO KOLÍSAVÝ PRŮBĚH

Důkaz významné změny nebo fluktuace v: bdělosti, kognici, jiné mentální funkci (např. paranoia, halucinace) vzniklá v průběhu posledních 2 týdnů a přetrvávající v průběhu posledních 24 hodin.*

Ne	0
Ano	4

4 a víc: možné delirium +/- kognitivní porucha

1-3: možná kognitivní porucha

0: delirium nebo závažná kognitivní porucha nepravděpodobná (ale delirium pořád možné pokud položka „4“ je nekompletní.

4AT Skóre

Pokyny

4AT je screeningový nástroj vytvořený k rychlému počátečnímu vyhodnocení přítomnosti deliria a kognitivní poruchy. Skóre 4 a víc *naznačuje* delirium, ale není diagnostické: k určení diagnózy je potřebné detailnější vyšetření mentálního stavu. Skóre 1-3 *naznačuje* kognitivní poruchu a vyžaduje detailnější vyšetření kognitivních funkcí a odebrání pečlivé anamnézy. Skóre 0 úplně vylučuje delirium nebo kognitivní deficit: může být potřebné detailnější vyšetření v závislosti na klinickém kontextu. Položky 1-3 jsou hodnoceny *výhradně* *observací pacienta v průběhu hodnocení*. Položka 4 vyžaduje informace z jednoho nebo více zdrojů, např. vaše vlastní znalost pacienta, informace od dalšího personálu, který zná pacienta (např. sestry na oddělení), zpráva od praktického lékaře, dekurs, informace od ošetřovatelů. Hodnotitel by měl při provádění testu a interpretaci výsledku brát v úvahu překážky v komunikaci (porucha sluchu, afázie, cizí řeč).

Bdělost: Narušená bdělost je v obecných nemocničních podmínkách velmi pravděpodobně delirium. Pokud se pacient vyznačuje signifikantně narušenou bdělostí během hodnocení u lůžka, skórujte 4 za tuto položku. **Orientace (AMT4 zkrácený mentální test - 4):** Tohle skóre může být extrahováno z položek testu AMT10, pokud byl proveden těsně před hodnocením položky. **Náhlá změna nebo kolísavý průběh:** Fluktuace se může vyskytnout i bez deliria u některých případů demence, ale výrazná fluktuace obvykle značí delirium. K usnadnění vyvolání halucinací a/nebo paranoidních myšlenek se zeptejte pacienta na otázky jako: „Máte obavy z něčeho, co se tady děje?“, „Bojíte se něčeho nebo někoho?“, „Vidíte nebo slyšíte něco neobvyklé?“.

*v případě nesrovnalostí, kompletní pokyny jsou dostupné na www.4AT.com

Informace k verzi 1.2 a ke stažení: www.the4AT.com