

Paciente:

Data:

Pront.:

Fatores precipitantes		
<input type="checkbox"/> Mudanças de ambiente	<input type="checkbox"/> Medicações	<input type="checkbox"/> Proced. Médicos/cirurgias
<input type="checkbox"/> Doenças agudas (Infecções, IAM, AVC...)	<input type="checkbox"/> Imob. Prolongada	<input type="checkbox"/> Uso de equip invasivos(SVD, SNE)
<input type="checkbox"/> Restrição física	<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Desnutrição Aguda
<input type="checkbox"/> Iatrogenia	<input type="checkbox"/> Distúrbio Metabólico	<input type="checkbox"/> Distúrbio Hidroeletrólítico
<input type="checkbox"/> Uso de Subst (álcool, tabaco, BDZP)	<input type="checkbox"/> Privação de Sono	<input type="checkbox"/>
Fatores predisponentes		
<input type="checkbox"/> Def. Cognitivo / Demência	<input type="checkbox"/> Polifarmácia (>= 5 fármacos)	<input type="checkbox"/> Hepatopatia
<input type="checkbox"/> Episódio prévio de delirium	<input type="checkbox"/> Desnutrição Crônica	<input type="checkbox"/> Doença Terminal
<input type="checkbox"/> Múltiplas Comorbidades	<input type="checkbox"/> Idade maior que 65 anos	<input type="checkbox"/> Depressão
<input type="checkbox"/> Dependência para AVD	<input type="checkbox"/> Sexo masculino	<input type="checkbox"/> Déficits sensoriais
<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Crônica	<input type="checkbox"/> Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/>
Fatores de Risco		
<input type="checkbox"/> Def. Cognitivo / Demência, se MEEM alterado	<input type="checkbox"/> Atividade de Vida Diária Comprometida, se Escala de Katz > 1	
<input type="checkbox"/> Uso de Restrição Física no Delirium		
<input type="checkbox"/> Acuidade Visual Comprometida, se teste de Jaeger com pontuação pior que 20/70	<input type="checkbox"/> Alto Risco de Comorbidade, se APACHE II > 16 e/ou Índice de Charlson > 4	
Risco de Delirium : Leve : 0 -1 fator Intermediário : 2 - 3 fatores		Alto: 4 - 5 fatores

Se sim marque "1" ; Se não marque "2"

Prejuízo Cognitivo e / ou desorientação cognitiva		
<input type="checkbox"/> Iluminação Adequada	<input type="checkbox"/> Presença de Relógio	<input type="checkbox"/> Ativ. Cognitivas Estimulantes Aplicada
<input type="checkbox"/> Sinalização Clara	<input type="checkbox"/> Calendário Visível	<input type="checkbox"/> Visita Regular de Familiares e Amigos
Desidratação e / ou Constipação:		
<input type="checkbox"/> Ingestão Adequada de Líquido	<input type="checkbox"/> Balanço Hídrico Realizado	<input type="checkbox"/>
Oxigenação		
<input type="checkbox"/> Hipoxemia Avaliada	<input type="checkbox"/> Saturação de Oxigênio Otimizada	<input type="checkbox"/>
Infecção		
<input type="checkbox"/> Acesso Profundo:..... Dia:.....	<input type="checkbox"/> Acesso Periférico:..... Dia:.....	<input type="checkbox"/> Infecção Rastreada

<input type="checkbox"/> Sonda Vesical Dia:.....	<input type="checkbox"/> Sonda Nasoenteral Dia:.....	<input type="checkbox"/> Febre
Imobilidade e Mobilidade limitada		
<input type="checkbox"/> Mobilização Precoce realizado	<input type="checkbox"/> Exerc. Amplitude de Mov Ativo	<input type="checkbox"/>
Dor		
<input type="checkbox"/> Escala de Avaliação da Dor:.....	<input type="checkbox"/> Sinais dor não verbais	<input type="checkbox"/> Manejo com Analgésico
Drogas		
<input type="checkbox"/> Reconciliação Farmacológica	<input type="checkbox"/> Polifarmacia Qntd:.....	<input type="checkbox"/> Benzodiazepínicos
<input type="checkbox"/> Opióides	<input type="checkbox"/> Anticolinérgico	<input type="checkbox"/> Antihistaminicos
<input type="checkbox"/> Ranitidina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrição		
<input type="checkbox"/> Protése Dentária Mal Adaptada	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/>
Déficit Sensorial		
<input type="checkbox"/> Causa Reversível Presente	<input type="checkbox"/> Aparelho Auditivo Presente	<input type="checkbox"/> Uso de Lentes Corretivas
Sono		
<input type="checkbox"/> Ambiente Silencioso	<input type="checkbox"/> Uso noturno de medicações	<input type="checkbox"/>

Adaptado por: Inouye SK, Zhang Y, Jones RN, Kiely DK, Yang F, Marcantonio ER. Risk Factors for Delirium at Discharge Development and Validation of a Predictive Model. *Arch Intern Med.* 2007;167(13):1406-1413.

Questionário da Abordagem Inicial do Delirium	Sim
1) início Agudo: Há evidencia de uma mudança aguda do estado mental de base do paciente?	
2) Distúrbio da atenção 2.A) O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção, por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito?..... 2.B) Se anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?	
3) Pensamento Desorganizado 3.A) O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou lógico, ou mudança imprevisível de assunto?..... 3.B) Se anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?.....	

4) Alteração do Nível de Consciência
 4.A) como você classificaria o nível de consciência ?
 Vigilante (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente
 Letárgico (sonolento, facilmente acordável).....

 Esturpor (dificuldade para despertar)

 Coma

 4.B) Se anormal ou incerto, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?

5) Desorientação : Ficou desorientado durante a entrevista, por ex, pensado que estava em outro lugar que não o hospital, que estava no leito errado, ou tendo noção errada da hora do dia?

6) Distúrbio (prejuízo) da memória : Problemas de memória , tais como incapacidade de se lembrar de eventos do hospital, ou dificuldade para se lembrar de instruções?

7) Distúrbio de Percepção: Sinais de distúrbios de percepção, como por ex, alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (pensando que algum objeto fixo se movimentava) ?.....

8) Agitação Psicomotora: Aumento anormal da atividade motora, tais como agitação, beliscar de cobertas, tamborilar com os dedos ou mudança súbita e frequente de posição?
 Retardo Motor : Diminuição anormal da atividade motora, como letargia, olhar fixo no vazio, permanencia na mesma posição por longo tempo, ou lentidão exagerada de movimentos?.....

9) Sinais de Alteração do ciclo sono-vigila, como sonolência diurna excessiva e insônia noturna?.....

Diagnóstico de Delirium * **Sim**

Critério A: Início Agudo e Curso Flutuante Marquei na pergunta 1 ou algum nas perguntas 2,3 ou 4? ()

Critério B: Falta de Atenção Marquei algum na pergunta 2? ()

Critério C: Pensamento Desorganizado Marquei algum na pergunta 3? ()

Critério D: Alteração do Nível de Consciência Marquei algum na pergunta 4? ()

*É necessário presença dos Critérios A e B mais a presença do Critério C ou D, formando A+B+C ou A+B+D para definir o Diagnóstico

**Diagnóstico de Delirium (+) CHAME O MÉDICO
 NÃO APLIQUE CONTENÇÃO FÍSICA DESDE QUE NÃO OFEREÇA RISCO PARA SI OU PARA OUTREM**

Índice de Charlson

Comorbidades	Pontuação
Infarto do miocárdio ()	1 pt /comorbidade
Insuficiência cardíaca congestiva ()	
Doença Vascular periférica ()	
Demência ()	
Doença cerebro-vascular ()	
Doença pulmonar crônica ()	
Doença tecido conjuntivo ()	
Diabetes leve, sem complicação ()	
Úlceras ()	
Hemiplegia ()	
Doença renal severa ou moderada ()	
Diabetes com complicação ()	
Tumor ()	
Leucemia ()	
Linfoma ()	

Doença do fígado severa ou moderada	()	3pt/comorbidade
Tumor maligno, metástase , SIDA	()	6pt/comorbidade
Pontuação Total: ____		