



Nome do paciente:

Data de nascimento:

Número de identificação:

**Teste para avaliação  
de delirium &  
comprometimento  
cognitivo**

Data:

Hora:

Avaliador:

**[1] NÍVEL DE ALERTA**

**ASSINALE**

*Isso inclui pacientes que podem estar com sonolência acentuada (por exemplo, difícil de despertar e/ou obviamente sonolentos durante a avaliação) ou agitação/hiperatividade. Observe o(a) paciente. Se estiver dormindo, tente acordar com a fala/discurso ou toque suave no ombro. Peça ao paciente para dizer o seu nome e endereço para auxiliar na avaliação.*

Normal (totalmente alerta, mas não agitado(a), durante toda avaliação)	0
Sonolência leve por <10 segundos após acordar, depois normal	0
Claramente anormal	4

**[2] AMT4**

*Idade, data de nascimento, local (nome do hospital ou edifício), ano atual.*

Sem erros	0
1 erro	1
2 ou mais erros / impossível avaliar	2

**[3] ATENÇÃO**

*Pergunte ao paciente: "Por favor, diga os meses do ano de trás para frente, a partir de dezembro."*

*Para auxiliar a compreensão inicial, é permitido ajudar perguntando "qual é o mês que vem antes de dezembro?"*

Meses do ano ao contrário	Acerta 7 meses ou mais	0
	Começa mas pontua <7 meses / recusa-se a começar	1
	Impossível avaliar (não consegue começar porque está mal, sonolento, desatento)	2

**[4] MUDANÇA AGUDA OU CURSO FLUTUANTE**

*Evidência de mudança significativa ou flutuação em: nível de alerta, cognição, e/ou outra função mental (ex. paranoia, alucinações), surgidas nas últimas 2 semanas e ainda evidentes nas últimas 24 horas.*

Não	0
Sim	4

**4 ou mais:** delirium possível +/- comprometimento cognitivo

**1-3:** comprometimento cognitivo possível

**0:** delirium ou comprometimento cognitivo grave improváveis (mas delirium ainda possível se item [4] incompleto)

**PONTUAÇÃO 4AT**



**ORIENTAÇÕES**

Versão 1.2 em Inglês. Informações e download: [www.the4AT.com](http://www.the4AT.com)

O 4AT é um instrumento de triagem projetado para avaliação inicial rápida de delirium e comprometimento cognitivo. Uma pontuação de 4 ou mais sugere delirium, mas não é diagnóstica: pode ser necessária uma avaliação mais detalhada do estado mental para chegar a um diagnóstico. Uma pontuação de 1-3 sugere comprometimento cognitivo, mas testes cognitivos mais detalhados e informações adicionais de anamnese são necessários. Uma pontuação de 0 não exclui definitivamente delirium ou comprometimento cognitivo: testes mais detalhados podem ser necessários, dependendo do contexto clínico. Os itens 1-3 são classificados apenas com base na observação do(a) paciente no momento da avaliação. O item 4 requer informações de uma ou mais fontes, por exemplo, seu conhecimento sobre o paciente, outros profissionais que conheçam o(a) paciente (por exemplo, enfermeiros da enfermaria), informações do seguimento ambulatorial, anotações sobre o caso, cuidadores etc. O avaliador também deve ter em consideração eventuais dificuldades de comunicação (deficiência auditiva, disfasia, falta de proficiência na língua) durante a realização do teste e na interpretação dos resultados. **Nível de alerta:** Alteração do nível de alerta no ambiente hospitalar tem alta probabilidade de ser delirium. Se o(a) paciente apresentar alterações significativas de atenção na avaliação à beira do leito, pontue 4 neste item. **AMT4 (Teste Mental Abreviado - 4):** Esta pontuação pode ser extraída de itens do AMT10 se este for realizado imediatamente antes. **Mudança Aguda ou Curso Flutuante:** Flutuação pode ocorrer sem delirium em alguns casos de demência, mas flutuação acentuada geralmente indica delirium. Para ajudar a caracterizar alucinações e/ou pensamentos paranoicos faça perguntas como: "Está preocupado(a) com alguma coisa que vem acontecendo aqui?"; "Sente-se assustado(a) com alguma coisa ou alguém?"; "Tem visto ou ouvido algo estranho ou fora do comum?"