



Test de evaluare pentru delirium și afectare cognitivă

Nume pacient:

Data nașterii:

FO:

Data

Ora:

Examinator:

ÎNCERCUIȚI

[1] NIVELUL DE ALERTĂ

Include pacienții care pot fi marcat somnolenți (de ex. dificil de trezit și/sau evident somnolenți în timpul evaluării) sau agitați/hiperactivi. Observați pacientul. Dacă doarme, încercați să îl treziți prin adresare verbală sau prin atingere ușoară pe umăr. Rugați pacientul să își spună numele și adresa pentru a ajuta la aprecierea nivelului de alertă.

Normal (alert, nu prezintă agitație psihomotorie pe tot parcursul evaluării)	0
Somnolență ușoară <10 secunde după trezire, apoi normal	0
Anormal	4

[2] AMT4

Evaluarea orientării: 1. vârstă, 2. data nașterii, 3. locul (numele spitalului sau al clădirii), 4. anul curent.

Fără greșeli	0
1 greșeală	1
2 sau mai multe greșeli/ netestabil	2

[3] ATENȚIE

Rugați pacientul: "Vă rog să spuneți lunile anului în ordine inversă, începând cu decembrie"
Pentru a facilita înțelegerea inițială, este permis un singur ajutor: „Care este luna dinaintea lunii decembrie?”

Reușește să spună 7 luni sau mai multe corect	0
Începe, dar spune mai puțin de 7 luni / refuză să înceapă	1
Netestabil (nu poate începe din cauza stării, somnolenței sau neatenției)	2

[4] DEBUT ACUT SAU CURS FLUCTUANT

Există dovezi ale unei schimbări semnificative sau fluctuații în: nivelul de alertă, cogniție, alte funcții mentale (de ex. idei delirante, halucinații) apărute în ultimele 2 săptămâni și încă prezente în ultimele 24 de ore.

Nu	0
Da	4

4 puncte sau mai mult: posibil, delirium ± afectare cognitivă

1-3 puncte: posibilă afectare cognitivă

0 puncte: delirium sau afectare cognitivă severă puțin probabile (dar pot fi luate în considerare dacă informațiile de la [4] sunt incomplete)

SCOR 4AT

4AT este un instrument de screening conceput pentru **evaluarea rapidă inițială a deliriumului și afectării cognitive**. **Scor ≥ 4** sugerează delirium, dar nu reprezintă un diagnostic: poate fi necesară o evaluare mai detaliată a statusului mental pentru a confirma diagnosticul. **Scor 1–3** sugerează afectare cognitivă: sunt necesare teste cognitive suplimentare și colectarea istoricului de la aparținători. **Scor 0** nu exclude definitiv deliriumul sau afectarea cognitivă: poate fi necesară evaluare suplimentară, în funcție de contextul clinic.

Observații importante:

Itemii 1–3 se evaluează **exclusiv pe baza observației pacientului în timpul evaluării**.

Itemul 4 necesită informații din **una sau mai multe surse**: cunoștințe proprii despre pacient, personal care îl cunoaște (ex. asistente), scrisori de la medicul de familie, fișe clinice, aparținători.

Examinatorul trebuie să țină cont de dificultățile de comunicare (deficiențe de auz, disfagie, lipsa limbii comune) în aplicarea testului și interpretarea scorului.

Instrucțiuni specifice pentru itemi:

Alertness (Nivel de alertă): Modificările marcate ale nivelului de alertă sunt foarte sugestive pentru delirium în spital. Dacă pacientul prezintă alterări semnificative în timpul evaluării, acordați **4 puncte**.

AMT4 (Abbreviated Mental Test – 4 itemi): Acest scor poate fi extras din itemii AMT10, dacă acesta a fost efectuat imediat înainte.

Acute Change or Fluctuating Course (Debut acut sau evoluție fluctuantă): Fluctuațiile pot apărea și în unele cazuri de demență fără delirium, dar fluctuațiile marcate indică de obicei delirium. Pentru a depista halucinații sau idei paranoide, întrebați pacientul, de exemplu: Vă îngrijorează ceva ce se întâmplă aici?, „Vă simțiți speriat de ceva sau de cineva?”, „Ați văzut sau ați auzit ceva neobișnuit?”