

KARTA WYWIADU Z PACJENTEM vs OPIEKUNEM PRZY PRZYJĘCIU DO DZIENNEGO ODDZIAŁU PSYCHOGERIATRYCZNEGO

*Prosimy o podanie informacji na temat stanu zdrowia podopiecznego przez opiekuna osoby starszej,
a także zabranie wypełnionego kwestionariusza na wizytę do lekarza-psychiatry oraz psychologa.*

Imię i Nazwisko podopiecznego:

Adres zamieszkania:

.....

Wiek podopiecznego:

Czy pacjent mieszka sam/ z rodziną/ opiekunem?

imiona i wiek dzieci

.....

imiona i wiek rodzeństwa:

.....

imiona rodziców:

Wykształcenie podopiecznego: podstawowe zawodowe średnie wyższe

Wykonywany w przeszłości zawód/miejsce pracy podopiecznego:

Jestem praworęczny leworęczny

Stan cywilny podopiecznego:

Czy podopieczny ma trudności z pamięcią?

TAK, od kiedy _____

NIE

NIE WIEM

Na czym polegają trudności z pamięcią?

.....

Czy podopieczny nadużywał kiedyś alkoholu/ inne środki psychoaktywne?

TAK NIE NIE WIEM

Czy podopieczny pali papierosy?

TAK, od kiedy _____

NIE

NIE WIEM

Czy w rodzinie podopiecznego ktoś cierpiał z powodu zaburzeń psychicznych/ zaburzeń pamięci lub niepokojących, niecodziennych zachowań?

- TAK, (u kogo i jakie to były zachowania?) _____
- NIE
- NIE WIEM

SPRAWNOŚĆ

Skala Katza (ADL)		TAK	NIE
<i>Czy Podopieczny jest samodzielny w zakresie:</i>			
Kąpania się	Mycie się; nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką; kąpiel w wannie / pod prysznicem	1	0
Ubierania się	Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek	1	0
Korzystania z toalety	Idzie do toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać jako podpory laski lub chodzika, albo też korzystać w nocy z basenu lub nocnika)	1	0
Poruszania się	Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może używać laski lub chodzika)	1	0
Kontrolowanego wydalania moczu i stolca	Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania)	1	0
Jedzenia	Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem)	1	0
RAZEM:			

Skala oceny złożonych czynności życia codziennego (IADL)				
Wypełnia Podopieczny lub Opiekun		BEZ POMOCY	Z NIEWIELKĄ POMOCĄ	ZUPEŁNIE NIE
1	Czy potrafisz korzystać z telefonu?	3	2	1
2	Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru?	3	2	1
3	Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze?	3	2	1
4	Czy możesz sam przygotować sobie posiłki?	3	2	1
5	Czy możesz sam wykonywać prace domowe (np. sprzątanie)?	3	2	1
6	Czy możesz sam majsterkować lub dokonywać drobnych napraw w domu?	3	2	1
7	Czy możesz sam wyprać swoje rzeczy?	3	2	1
8	Czy sam przyjmujesz lub mógłbyś przyjmować leki?	3	2	1
9	Czy możesz sam gospodarować pieniędzmi?	3	2	1
RAZEM:				

SPRAWNOŚĆ MYŚLENIA

<i>Czy Podopieczny:</i>	TAK	CZASAMI	NIE	NIE WIEM
pamięta swój adres, numer telefonu, datę urodzenia				
orientuje się, jaki jest dzień/miesiąc/rok				
potrafi prawidłowo podać godzinę				
rozpoznaje znajome przestrzenie (wie, gdzie jest)				
orientuje się i rozumie, co się wokół niego dzieje				
rozpoznaje bliskich członków rodziny, przyjaciół				
pamięta imiona członków rodziny, przyjaciół				
pamięta ważne wydarzenia ze swojego życia				
wspomina wydarzenia ze swojej młodości				
pamięta rzeczy, które miały miejsce niedawno				
pamięta, o czym mówił przed chwilą				
pamięta o tym, co zaplanował(-a)				
pamięta podstawowe fakty historyczne				
rozpoznaje przedmioty codziennego użytku				
pamięta, gdzie odłożył swoje rzeczy (portfel, klucze, pieniądze, dokumenty)				
potrafi uczyć się nowych rzeczy				
poprawnie używa sprzętów domowych				
potrafi gospodarować pieniędzmi				
mówi płynnie (nie zacina się, nie zapomina słów)				
rozumie, co się do niego mówi (co ogląda w TV, słucha w radiu)				
rozumie, co czyta				
potrafi się podpisać				
potrafi napisać prostą notatkę				
samodzielnie planuje swoją aktywność				
podejmuje decyzje dotyczące codziennych spraw				
przystosowuje się do zmian w codziennym planie dnia				

Czy w zachowaniu podopiecznego jest coś, co Pana / Panią szczególnie niepokoi?

.....

.....

.....

.....

.....

ZACHOWANIE

<i>Czy Podopieczny:</i>	CZĘSTO	CZASAMI	NIE	NIE WIEM
ma chwiejny nastrój				
jest bardziej drażliwy (np. łatwo wpada w złość, ma silne ataki gniewu)				
jest płaczliwy				
jest lękliwy				
jest niespokojny				
jest agresywny słownie (np. krzyczy, wyzywa, przeklina)				
jest agresywny fizycznie (np. szarpie, gryzie, kopie, pluje)				
powtarza nagminnie zdania, pytania				
chodzi tam i z powrotem, bez celu				
błądzi, gubi się w znajomej przestrzeni				
usiłuje dostać się w inne miejsce (np. nagminnie wychodzi z budynku)				
nie sypia w nocy (np. wędruje)				
ma napady senności w dzień				
odmawia spożywania posiłków				
nadużywa alkoholu				
odmawia kąpeli				
załatwia swoje potrzeby w innych miejscach niż toaleta				
nie dba o higienę, zaniedbuje wygląd osobisty				
gromadzi niepotrzebne przedmioty				
przywłaszcza sobie cudze rzeczy				
niszczy przedmioty (np. rzuca nimi, rozkręca je, drze)				
wypowiada nagminnie niestosowne żarty, uwagi				
uporczywie domaga się kontaktów seksualnych				
nie inicjuje rozmów				
nie inicjuje żadnych działań				
ma omamy wzrokowe (widzi nieobecne osoby)				
ma omamy słuchowe (słyszy głosy)				
jest nadmiernie podejrzliwy wobec najbliższych				
twierdzi, że jest okradany / prześladowany				
twierdzi, że bliscy chcą go porzucić/ oddać				

Inne trudne zachowania:

.....

.....

ANKIETA DYSFUNKCJI SOMATYCZNYCH

Prosimy o podanie informacji na temat stanu zdrowia przez osobę starszą lub jej opiekuna, oraz zabranie wypełnionego kwestionariusza na wizytę do lekarza-psychiatry.

1) Zdiagnozowane i leczone choroby według opiekuna (również przepisane z wypisów szpitalnych)

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

2) Ocena stanu somatycznego:

<i>Czy Podopieczny miewa trudności z:</i>	TAK	CZASAMI	NIE	NIE WIEM
chodzeniem po mieszkaniu				
wychodzeniem z domu na zewnątrz				
utrzymaniem równowagi				
zachwianiami i upadkami				
samodzielnym spożywaniem posiłków				
kontrolą i samodzielnością przy czynnościach fizjologicznych				
korzystaniem ze sprzętu ortopedycznego i wspomagającego (laska, kula, balkonik, aparat słuchowy, obsługa stomii)				

3) Czy jest coś, co szczególnie Panią /Pana niepokoi w stanie zdrowia Podopiecznego?

.....

.....

.....

.....

4) Proszę wypisać poniżej wszystkie leki, które aktualnie zażywa Podopieczny (łącznie z suplementami diety, lekami dostępnymi bez recepty i lekami ziołowymi).

UWAGA! Oryginalne pudełka z lekami należy przynieść na pierwszą wizytę lekarską.

	NAZWA LEKU	DAWKA	RANO	POŁUDNIE	WIECZÓR	NOC
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Rekomendujemy zabranie ze sobą na wizytę do lekarza-psychiatry:

1. Wyników badań laboratoryjnych z ostatnich 6 miesięcy w zakresie: morfologia, OB, CRP, stężenie Na, K, kreatyniny, poziom B12, D3, TSH, kwasu moczowego, cholesterolu z jego frakcjami (całkowity, HDL, LDL), trójglicerydów. Ważny jest też wynik HbA1C lub pomiary stężenia cukru na czczo i po posiłku,
2. Wypisów szpitalnych z ostatnich kilku lat,
3. Wyników badania obrazowego mózgu (tj. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, EEG, PET, SPECT)
4. Wyników badania psychologicznego, psychiatrycznego, jeżeli Podopieczny miał je wykonywane.