**КАРТА ПАЦИЕНТА КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА**

**Паспортные данные и социальный статус**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ФИО пациента | | |  | | | | | Пол: М  Ж | | Дата рождения (д.м.г.) | | | (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_) | | Инвалидность | | Нет I II III | | | Семейный статус | | | женат (замужем)  не женат (не замужняя)  вдовец (вдова)  в разводе | | Образование | | среднее\_\_\_\_\_классов  средне-специальное  высшее | | | С кем проживает | | | с женой /мужем  с детьми  один  другое: | | Профессия | |  | | | Работает | | Да Нет  Не работает с \_\_\_\_лет | | | Адрес  Телефон | | |  | | | | | | | Есть ли человек, к которому пациент (ка) может обратиться за помощью в случае необходимости? | | | | | | | Да  Нет | | | Есть ли у пациента (пациентки) опекун? | | | | | | | Да  Нет | | | ФИО, телефон опекуна | |  | | | | | | | | ФИО, телефон ухаживающего лица | |  | | | | | | | | ФИО, должность заполнившего карту | |  | | | | | Дата заполнения | | | **Сопутствующие хронические заболевания и состояния (с указанием длительности)** | | | | | | | | | | Артериальная гипертензия |  | | | Бронхиальная  астма | |  | | | | ИБС |  | | | ХОБЛ | |  | | | | Постинфарктный кардиосклероз |  | | | Онкологические заболевания | |  | | | | ХСН |  | | | Мочекаменная болезнь | |  | | | | ОНМК в анамнезе |  | | | Язвенная болезнь | |  | | | | Сахарный диабет |  | | | Трофические язвы  Пролежни | |  | | | | Остеоартроз |  | | | Анемия | |  | | | | Проблемы с пережевыванием пищи |  | | | Другие заболевания | |  | | |   **Функции тазовых органов**   |  |  | | --- | --- | | Возникает ли непроизвольное подтекание мочи во время кашля, смеха, чихания, подъема тяжести? | Никогда; раз в неделю и реже;  2-3 раза в неделю; раз в день;  несколько раз в день; все время; | | Возникает ли непроизвольное подтекание мочи по пути к туалету? | Никогда; раз в неделю и реже;  2-3 раза в неделю; раз в день;  несколько раз в день; все время; | | Какое количество мочи подтекает? | Небольшое количество (несколько капель)  Умеренное количество  Большое количество | | Возникают ли трудности при опорожнении мочевого пузыря? | Да  Нет | | Как часто пациент встает ночью, чтобы помочиться? |  | | Возникает ли инциденты недержания кала? | Никогда; раз в неделю и реже;  2-3 раза в неделю; раз в день;  несколько раз в день; все время; |   **Проблемы со зрением/слухом**   |  |  | | --- | --- | | Заболевания органа зрения | Катаракта  Глаукома  Возрастая макулярная дегенерация  Другие  Оперативное лечение | | Возникают ли трудности при чтении газет/книг даже при использовании очков? | Да  Нет | | Возникают ли трудности при распознавании лиц даже при использовании очков? | Да  Нет | | Заболевания органа слуха |  | | Приходится ли пациенту переспрашивать своего собеседника? (в том числе, при использовании слухового аппарата) | Нет  Редко  Часто | | | | | | | |
| **Лекарственная терапия (с указанием дозы, кратности приема, пропусков в приеме, например: принимает препарат каждый день; пропускает прием реже 1 раза в неделю, 1-2 раза в неделю, 3 и более раз в неделю)**   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |   **Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний**  *¹1ед. алкоголя =45 мл водки или 150 мл вина или 330 мл пива;*   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Курение: | | Не курит  Курил в прошлом на протяжении\_\_\_\_\_лет по\_\_\_\_\_пачки/сутки  Курит:<1/2 пачки/ сутки  ½-1 пачка/сутки на протяжении\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет  >1пачки/сутки | | Алкоголь: | | Нет Да: 1; 1-3; ≥3 единиц¹ в день | | Физическая активность | крат-  ность | ежедневно, 2-3 раза в неделю, 1 раз в неделю, < 1 раза в неделю, <1 раза в месяц | | продолжительность | < 30 мин, 30-60 мин, 1-4 часа, >4 часов | | вари-  анты | пешие прогулки, плавание, танцы, другие варианты(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | С чем связано ограничение физ.  активности? | | проблемы с памятью, артрит, одышка, боль в груди, травмы, переломы, последствия ОНМК, хроническая боль, потеря зрения, неустойчивость походки, другое: | | Возраст наступления менопаузы (лет) | |  | | Перелом шейки бедра у родителей | | Да Нет |  |  |  | | --- | --- | | Использование вспомогательных средств | очки, слуховой аппарат, съемные зубные протезы, трость, костыли, ортопедическая обувь, ортопедические стельки, ортопедический корсет, абсорбирующее белье |   **Нумерологическая оценочная шкала боли**  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Нет боли Невыносимая боль   |  |  | | --- | --- | | Хроническая боль | Да, постоянно испытывает  Да, периодически испытывает  Нет, не испытывает | | Прием обезболивающих | Не принимает  Принимает (название)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  < 1 раза в неделю  1 раз в неделю  2-3 раза в неделю  ежедневно | | Частота вызова врача на дом (за последний год) |  | | Частота вызова СМП (за последний год) |  | | Частота госпитализаций (за последний год) с  указанием причины госпитализации | Экстренные  Плановые |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Падения в течение последнего года | Количество | Обстоятельства (дома /на улице), причина | | | Исход  (перелом, ушиб,  ЧМТ) | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | | Переломы | Возраст | Обстоятельства, причина | | | Локализация | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | | Перелом шейки бедра у родителей Нет Да | | | | | | | Денсито-  метрия | Дата проведения  (\_\_/\_\_/\_\_\_) | Бедро | Т-критерий | Total |  | | Neck |  | | МПК (BCM), г/см ² | Total |  | | Поясничный отдел позвоночника | Т-критерий | Total (L1-L4) |  | | Худший результат |  | | МПК (BCM), г/см ² | Total |  |   **Данные объективного обследования**   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | | |
| Рост (см) |  | Окружность плеча (см) | | |  | |
| Вес (кг) |  | Окружность предплечья (см) | | |  | |
| ИМТ (кг/м²) |  | Окружность бедер (см) | | |  | |
| Окружность талии (см) |  | Окружность голени (см) | | |  | |
| АД, Ps исходно (сидя) | |  | | | | |
| Ад, Ps после 7 минут в горизонтальном положении | |  | | | | |
| АД, Ps после перехода в вертикальное положение | | в течение 1-й минуты | | в течение 3-й минуты | | |
|  | |  | | |
| Динамометрия (кг) | |  | 1 попытка | | | 2 попытка |
| правая рука |  | | |  |
| левая рука |  | | |  |
| Скорость ходьбы (м/с) | |  | | | | |
| Тест «встань и иди» | |  | | | | |
| Способность поддержания равновесия (сек) | | На правой ноге | |  | | |
| На левой ноге | |  | | |

**Гериатрическая шкала депрессии**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | В целом, удовлетворены ли Вы своей жизнью? |  | **НЕТ** |
| 2 | Вы забросили большую часть своих занятий и интересов? | **ДА** |  |
| 3 | Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста? | **ДА** |  |
| 4 | Вам часто становится скучно? | **ДА** |  |
| 5 | У вас хорошее настроение большую часть времени? |  | **НЕТ** |
| 6 | Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое? | **ДА** |  |
| 7 | Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени? |  | **НЕТ** |
| 8 | Вы чувствуете себя беспомощным? | **ДА** |  |
| 9 | Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым? | **ДА** |  |
| 10 | Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других? | **ДА** |  |
| 11 | Считаете ли Вы, что жить – это прекрасно? |  | **НЕТ** |
| 12 | Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным? | **ДА** |  |
| 13 | Чувствуете ли Вы себя полным энергией и жизненной силой? |  | **НЕТ** |
| 14 | Ощущаете ли вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время? | **ДА** |  |
| 15 | Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами? | **ДА** |  |
|  | Общий балл: | /15 | |

1 балл зачисляется за ответ «нет» на вопросы 1,5,7,11,13 и

за ответ «да» на вопросы 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15

**Шкала базовой активность в повседневной жизни (индекс Бартел) - ADL**

|  |  |
| --- | --- |
| Прием пищи | 10 - не нуждается в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами;  5 - частично нуждается в помощи, например, при разрезании пищи;  0 - полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью) |
| Личная гигиена (умывание, чистка зубов, бритье, причесывание) | 5 - не нуждается в помощи;  0 - нуждается в помощи |
| Одевание | 10 - не нуждается в посторонней помощи;  5 - частично нуждается в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.;  0 - полностью нуждается в посторонней помощи |
| Прием ванны | 5 - принимает ванну без посторонней помощи;  0 - нуждается в посторонней помощи |
| Посещение туалета: перемещение в туалете, раздевание, очищение кожных покровов, одевание, выход из туалета | 10 - не нуждается в помощи;  5 - частично нуждается в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.);  0 - нуждается в использовании судна, утки |
| Контролирование мочеиспускания | 10- полное контролирование;  5 – случайные инциденты ( максимум 1 раз за 24 часа);  0- недержание; |
| Контролирование дефекации | 10 – полное контролирование;  5 – случайные инциденты ( не чаще одного в неделю)  0-недержание; |
| Перемещение с кровати на стул и обратно | 15 – не нуждается в помощи;  10 –при вставании с постели требуется незначительная помощь или присмотр;  5 – при вставании с постели требуется помощь, может самостоятельно сидеть в постели;  0 – перемещение не возможно; |
| Подъем по лестнице | 10 - не нуждается в помощи;  5 - нуждается в наблюдении или поддержке;  0 - не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой; |
| Мобильность (перемещение в пределах дома и вне дома; могут использоваться вспомогательные средства) | 15 – не нуждается в помощи;  10 – может ходить с посторонней помощью;  5 – может передвигаться с помощью инвалидной коляски;  0 – не способен; |
| Общий балл: | /100 |

**Шкала повседневной инструментальной активности (IADL)**

3 балла – без посторонней помощи; 2 балла- с частичной помощью;

1 балл - полностью не способен;

|  |  |
| --- | --- |
| * Можете ли вы пользоваться телефоном | /3 |
| * Можете ли вы добраться до мест, расположенных вне привычных дистанций ходьбы | /3 |
| * Можете ли вы ходить в магазин за едой | /3 |
| 4. Можете ли вы готовить себе пищу | /3 |
| 5.Можете ли вы выполнять работу по дому | /3 |
| 6. Можете ли вы выполнять мелкую « мужскую»/ «женскую» работу по дому | /3 |
| 7.Можете ли вы стирать для себя | /3 |
| 8. Можете ли вы самостоятельно принимать лекарства | /3 |
| 9.Можете ли вы распоряжаться своими деньгами | /3 |
| Общий балл: | /27 |

**Способность выполнения основных функций**

2 балла- может; 1 балл-с затруднением; 0 баллов-не может;

|  |  |
| --- | --- |
| Завести руки за голову, за спину на уровне талии | /2 |
| Сидя дотронуться рукой до большого пальца на противоположной ноге | /2 |
| Сжать пальцы врача обеими руками | /2 |
| Удерживать лист бумаги между большим и указательным пальцами | /2 |
| Подняться со стула без помощи рук | /2 |
| Общий балл: | /10 |

**Краткая шкала оценки питания (MNA)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| А. | Снизилось ли за последние 3 месяца количество пищи, которое вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании? | 0=серъезное снижение количества съедаемой пищи  1= умеренное снижение кол-ва съедаемой пищи;  2= нет снижения количества съедаемой пищи |
| Б. | Потеря массы тела за последние 3 месяца | 1= не знаю;  2=потеря m тела от 1 до 3 кг  3=нет потери массы тела |
| В. | Подвижность | 0 = прикован к кровати/стулу;  1=способен вставать с кровати /стула, но не выходит из дома;  2=выходит из дома |
| Г. | Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца | 0=да;  2=нет |
| Д. | Психоневрологические проблемы | 0= серьезное нарушение памяти или депрессия;  1= умеренное нарушение памяти;  2= нет нейропсихологических проблем |
| Е. | Индекс массы тела | 0= меньше 19;  1=19-21;  2=21-23;  3=23 и выше |
| Ж. | Живет независимо (не в доме престарелых или больнице) | 0=нет;1=да |
| З. | Принимает более трех лекарств в день | 0=да;1=нет |
| И. | Пролежни и язвы кожи | 0=да;1=нет |
| К. | Сколько раз в день пациент полноценно питается | 0=1 раз; 1=2 раза; 2=3 раза; |
| Л. | Маркеры потребления белковой пищи: | 0= если 0-1 ответ да;  0,5= если 2 ответа да;  1=если 3 ответа да |
| одна порция молочных продуктов (1 порция = 1 стакан молока, 60 гр творога, 30 гр сыра,3\4 стакана йогурта) в день (да /нет); |
| две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 гр бобовых, 1 яйцо) (да /нет); |
| мясо, рыба или птица каждый день (да /нет) |
| M. | Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 гр овощей, 1 любой фрукт среднего размера) | 0=нет; 1=да; |
| Н. | Сколько жидкости выпивает в день | 0= меньше 3 стаканов; 0,5= 3-5 стаканов; 1= больше 5 стаканов; |
| О. | Способ питания | 0=неспособен есть без помощи;  1=самостоятельно с небольшими трудностями  2=самостоятельно |
| П. | Самооценка состояния питания | 0=оценивает себя как плохо питающегося;1=оценивает свое состояние питания неопределенно;2=оценивает себя как не имеющего проблем с питанием |
| Р. | Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста | 0=не такое хорошее  0,5=не знает;  1=такое же хорошее;  2=лучше |
| С. | Окружность по середине плеча, см | 0=менее 21;  0,5=21-22;  1=22 и больше |
| Т. | Окружность голени, см | 0=меньше 31;  1=31 и больше |
| Общий балл: | | /30 |

**Заключение гериатра:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |