**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\_\_\_\_\_классовсредне-специальноевысшее |
| С кем проживает | с женой /мужемс детьмиодиндругое: | Профессия |  |
| Работает | Да Нет  Не работает с \_\_\_\_лет |
| АдресТелефон |  |
| Есть ли человек, к которому пациент (ка) может обратиться за помощью в случае необходимости? | ДаНет |
|  Есть ли у пациента (пациентки) опекун? | ДаНет |
|  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 язвыПролежни |  |
| 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? | ДаНет |
| 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 ГлаукомаВозрастая макулярная дегенерацияДругиеОперативное лечение |
| Возникают ли трудности при чтении газет/книг даже при использовании очков? | ДаНет |
| Возникают ли трудности при распознавании лиц даже при использовании очков? | ДаНет |
| Заболевания органа слуха |  |
| Приходится ли пациенту переспрашивать своего собеседника? (в том числе, при использовании слухового аппарата) | НетРедкоЧасто |

 |
| **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/суткиКурит:<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 испытываетДа, периодически испытываетНет, не испытывает |
| Прием обезболивающих | Не принимаетПринимает (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 | ЭкстренныеПлановые |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 пищи1= 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 кг3=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 трудностями2=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 хорошее0,5=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:**

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