

INSTRUMENTO 3D-CAM [CAM Copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC. Não reproduzir sem permissão.] Versão 5.5 – Português

Instruções para codificação: Para qualquer resposta igual a 'Incorreto', 'Sim', 'Não sei' ou 'Não sabe, não respondeu, resposta sem sentido', assinale na última coluna para indicar o componente que está presente.

Componente do CAM

LEIA: Eu gostaria de fazer algumas perguntas para avaliar sua memória e raciocínio...

				1	2	3	4
1. Por favor me diga o ano em que estamos.	<input type="checkbox"/> Correto	<input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Incorreto, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido	→	→		
2. Por favor me diga o dia da semana.	<input type="checkbox"/> Correto	<input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Incorreto, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido	→	→		
3. Por favor me diga que tipo de lugar é esse? [hospital]	<input type="checkbox"/> Correto	<input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Incorreto, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido	→	→		
4. Agora eu lerei alguns números, mas quero que você os repita em ordem contrária da que lerei para você. Por exemplo, se eu disser '5 - 2', você deve dizer '2 - 5'. A primeira sequência é '7 - 5 - 1' (1 - 5 - 7). (Enuncie os dígitos na velocidade de um dígito por segundo.)*	<input type="checkbox"/> Correto	<input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Incorreto, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido	→			
5. A segunda sequência é '8 - 2 - 4 - 3' (3 - 4 - 2 - 8).*	<input type="checkbox"/> Correto	<input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Incorreto, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido	→			
6. Por favor me diga os dias da semana de trás para frente, começando com domingo (D, S, 6ª, 5ª, 4ª, 3ª, 2ª). (É permitido auxiliar com: "Qual é o dia que vem antes de domingo?" apenas 1 vez.)*	<input type="checkbox"/> Correto	<input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Incorreto, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido	→			
7. Por favor me diga os meses do ano de trás para frente, começando com dezembro (D, N, O, S, A, J, J, M, A, M, F, J). É permitido auxiliar com: "Qual é o mês que vem antes de dezembro?" apenas 1 vez.)*	<input type="checkbox"/> Correto	<input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Incorreto, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido	→			
8. Você se sentiu confuso(a) no último dia? (Sobre informações básicas, como orientação, motivo da internação – não sobre detalhes de condição clínica ou tratamento.)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido				
9. No último dia, você achou que estava em outro lugar e não no hospital?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido				
10. No último dia, você viu coisas que na verdade não existiam ou não estavam lá?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido				
Observações pelo(a) examinador(a): Responder após completar as questões 1-10 com o(a) paciente.							
11A. O(a) paciente estava sonolento(a) durante a entrevista? (Requer evidências de adormecimento ao menos 1 vez, por exemplo, cabeça pescando, espasmo, olhos revirando, ronco; mas fácil de despertar.)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impossível avaliar	<input type="checkbox"/> Sim, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido	→	→	→	
11B. O(a) paciente estava torporoso(a) ou comatoso(a) durante a entrevista? (Difícil ou impossível de despertar.)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impossível avaliar	<input type="checkbox"/> Sim, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido	→	→	→	

12. O(a) paciente demonstrou sinais de hipervigilância? (Teve reações excessivamente intensas a estímulos ambientais e/ou objetos comuns, assustou-se despropositadamente etc.)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impossível avaliar	<input type="checkbox"/> Sim, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido	→	→	→	
13. O fluxo de ideias do(a) paciente não tinha clareza ou foi ilógico? (Discurso sem sentido, respostas inapropriadas para perguntas, afirmações contraditórias ou mudanças abruptas de assuntos.)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impossível avaliar	<input type="checkbox"/> Sim, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido	→	→		
14. O discurso do(a) paciente foi inapropriadamente divagante, prolixo ou tangencial? (Respostas que fugiam do assunto, histórias sem relação com a entrevista.)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impossível avaliar	<input type="checkbox"/> Sim, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido	→	→		
15. O discurso do(a) paciente foi excessivamente limitado? (Muito breve ou com respostas estereotipadas.)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impossível avaliar	<input type="checkbox"/> Sim, não sabe, não respondeu, resposta sem sentido	→	→		
16. O(a) paciente teve dificuldade em acompanhar o que era dito durante a entrevista? (Frequentemente pedindo para o(a) examinador(a) repetir perguntas.)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impossível avaliar	<input type="checkbox"/> Sim	→			
17. O(a) paciente pareceu facilmente distraído(a) por estímulos ambientais? (Tais como televisão, pessoas fora do quarto, conversas do(a) companheiro(a) de quarto.)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impossível avaliar	<input type="checkbox"/> Sim	→			
18. O nível de consciência do(a) paciente flutuou durante a entrevista? (Dormindo durante parte da entrevista, mas desperto(a) em outra parte.)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impossível avaliar	<input type="checkbox"/> Sim				
19. O nível de atenção do(a) paciente flutuou durante a entrevista? (Muito desatento(a) durante parte da entrevista, mas atento(a) em outra parte. Nota: Apenas acertar algumas perguntas corretas e errar outras é insuficiente para pontuar esse componente.)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impossível avaliar	<input type="checkbox"/> Sim				
20. A organização do discurso/ pensamento do(a) paciente flutuou durante a entrevista? (Falou muito lentamente durante parte da entrevista, mas em seguida muito rápido; ou discurso era coerente durante parte da entrevista, mas depois sem sentido.)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impossível avaliar	<input type="checkbox"/> Sim				
QUESTÕES OPCIONAIS: COMPLETAR ABAIXO APENAS SE COMPONENTE 1 <u>NÃO</u> ESTIVER PRESENTE, COMPONENTE 2 ESTIVER PRESENTE, E COMPONENTES 3 E/OU 4 ESTIVEREM PRESENTES.							
21. Consultar o prontuário ou conversar com familiar, amigo, cuidador, ou profissional da saúde que conheça bem o(a) paciente para investigar se houve uma mudança aguda de seu estado. ("Está ocorrendo uma mudança aguda/súbita na memória ou pensamento do(a) paciente?")	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impossível avaliar	<input type="checkbox"/> Sim				
22. SE FOR O SEGUNDO DIA (OU POSTERIOR) DE INTERNAÇÃO, E HOUVER AVALIAÇÕES 3D-CAM ANTERIORES DISPONÍVEIS: Revisar avaliações 3D-CAM anteriores e determinar se houve mudança aguda no desempenho, com base em QUALQUER novo item "positivo".	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impossível avaliar	<input type="checkbox"/> Sim				
Sumário do CAM: Assinale se o componente estiver presente nas colunas acima.				1	2	3	4
O DIAGNÓSTICO DE DELIRIUM EXIGE A PRESENÇA DOS COMPONENTES 1 E 2 E, 3 E/OU 4: <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE							
Pontuação Opcional de Gravidade 3D-CAM-S: Adicione 1 ponto para cada item 1-20 positivo acima (some o número total de itens assinalados em Componentes do CAM 1-4 acima à direita).							
Se os itens 21 ou 22 forem perguntados e positivos, adicione 1 ponto à pontuação total, mantendo o denominador em 20.							
Pontuação 3D-CAM-S Total = _____/20							