**КАРТА ПАЦИЕНТА КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА**

Время начала КГО**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Паспортные данные и социальный статус**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ФИО пациента |  | | | Пол: М  Ж | | Дата рождения (д.м.г.) | (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_)  Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Инвалидность | Нет I II III | | | Семейный статус | женат (замужем)  не женат (не замужняя)  вдовец (вдова)  в разводе | Образование | среднее  средне-специальное  высшее | | | С кем проживает | с женой /мужем  с детьми  один  другое: | Профессия |  | | | Работает | Да Нет | | | Адрес  Телефон |  | Этаж проживания Наличие лифта  Пользуется лифтом | Есть Нет  Да Нет | | | ФИО, должность лица, заполнившего карту |  | Уровень дохода | Низкий  Средний  Высокий | | | Дата заполнения: |  | Контактное лицо, телефон |  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Жалобы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Хронические заболевания** | | | | | Артериальная гипертензия |  | Бронхиальная  астма |  | | ИБС |  | ХОБЛ |  | | Инфаркт миокарда |  | Онкологические заболевания |  | | ХСН |  | Анемия |  | | ОНМК |  | Язвенная болезнь |  | | Сахарный диабет |  | Нарушение слуха (социально значимое) |  | | Остеоартроз |  | Нарушение зрения |  | | Ревматоидный артрит |  | Изменение тембра голоса |  | | Нарушение мочеиспускания |  | Мочекаменная болезнь |  | | Нарушение дефекации |  | Трофические язвы  Пролежни |  | | Проблемы с пережевыванием пищи |  | Другие |  |  |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |   **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  Курит:<1/2 пачки/ сутки  ½-1 пачка/сутки на протяжении\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет  >1пачки/сутки | | Алкоголь в день (ед.): ¹ | | Нет Да: <1  1-3  ≥3 | | 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) | |  |  |  |  | | --- | --- | | Использование вспомогательных средств | очки, слуховой аппарат, съемные зубные протезы, трость, костыли, ортопедическая обувь, ортопедический корсет, абсорбирующее белье |  |  |  | | --- | --- | | Хроническая боль | Да, постоянно испытывает  Да, периодически испытывает  Нет, не испытывает | | Прием обезболивающих | Не принимает  Принимает: < 1 раза в неделю  1 раз в неделю  2-3 раза в неделю  ежедневно | | Частота вызова врача на дом (за год) |  | | Частота вызова СМП (за год) |  | | Частота госпитализаций (за год) |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Падения в течение последнего года | Количество | Обстоятельства, причина | | | Исход  (перелом,  ЧМТ) | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | | Переломы | Возраст | Обстоятельства, причина | | | Локализация | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | | 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) |  | Вес (кг) | | | Возраст (лет) | |
| ИМТ (кг/м²) |  | Окружность талии(см) | | |  | |
| АД, ЧСС исходно (сидя) | |  | | | | | |
| Ад, ЧСС после 7 минут в горизонтальном положении | |  | | | | | |
| АД, ЧСС после перехода в вертикальное положение | | в течение 1-й минуты | | в течение 3-й минуты | | | |
|  | |  | | | |
| Динамометрия (кг)  (приложение 4) | |  | 1 попытка | | | 2 попытка | |
| правая рука |  | | |  | |
| левая рука |  | | |  | |
| Скорость ходьбы (м/с)  (приложение 6) | |  | | | | | |
| Тест «встань и иди» (сек)  (приложение 5) | |  | | | | | |
| Способность поддержания равновесия (сек) (приложение 7) | |  | | | | | |

**Результаты лабораторных исследований**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Гемоглобин (г\л) |  | Холестерин (ммоль\л) |  |
| Креатинин (мкмоль\л) |  | ЛПНП (ммоль\л) |  |
| Глюкоза (г\л) |  | Са (ммоль\л) |  |
| Общий белок (г\л) |  | ТТГ (мкМЕ\мл) |  |
| Альбумин (г\л) |  | Вит В12 (пг\мл) |  |

**Исследование когнитивных функций:**

**Тест Мини-Ког**

1. Воспроизведение 3-х слов:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вариант 1** | **Вариант 2** | **Вариант 3** | **Вариант 4** | **Вариант 5** | **Вариант 6** | **Вариант 7** |
| Карандаш  Дом  копейка | Банан  Восход  Кресло | Вождь  Сезон  Таблица | Деревня  Кухня  Ребенок | Река  Нация  Палец | Капитан  Сад  Картина | Дочь  Небо  гора |

1. Тест рисования часов (время 1110);

1. Тест на речевую активность (за 1 минуту назвать все слова на букву «Л»; за 1 минуту назвать как можно больше растений или животных);

Место для рисования часов

**Активность в повседневной жизни (индекс Бартел)**

|  |  |
| --- | --- |
| Прием пищи | 10 - не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами;  5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи;  0 - полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью) |
| Личная гигиена (умывание, чистка зубов, бритье) | 5 - не нуждаюсь в помощи;  0 - нуждаюсь в помощи |
| Одевание | 10 - не нуждаюсь в посторонней помощи;  5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.;  0 - полностью нуждаюсь в посторонней помощи |
| Прием ванны | 5 - принимаю ванну без посторонней помощи;  0 - нуждаюсь в посторонней помощи |
| Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекации) | 20 - не нуждаюсь в помощи;  10 - частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера);  0 - постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций |
| Посещение туалета | 10 - не нуждаюсь в помощи;  5 - частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.);  0 - нуждаюсь в использовании судна, утки |
| Вставание с постели | 15 - не нуждаюсь в помощи;  10 - нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке;  5 - могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка;  0 - не способен встать с постели даже с посторонней помощью |
| Передвижение (кровать, стул) | 15 - могу без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 50 м;  10 - могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 50 м;  5 - могу передвигаться с помощью инвалидной коляски;  0 - не способен к передвижению |
| Подъем по лестнице | 10 - не нуждаюсь в помощи;  5 - нуждаюсь в наблюдении или поддержке;  0 - не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой |
| Общий балл: |  |

**Шкала повседневной инструментальной активности (IADL)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Можете ли вы пользоваться телефоном | Без посторонней помощи  С частичной помощью  Полностью не способен | 3  2  1 |
| 1. Можете ли вы добраться до мест, расположенных вне привычных дистанций ходьбы | Без посторонней помощи  С частичной помощью  Полностью не способен добираться, если не организована специальная доставка | 3  2  1 |
| 1. Можете ли вы ходить в магазин за едой | Без посторонней помощи  С частичной помощью  Полностью не способен делать любые покупки | 3  2  1 |
| 4. Можете ли вы готовить себе пищу | Без посторонней помощи  С частичной помощью  Полностью не способен готовить любую еду | 3  2  1 |
| 5.Можете ли вы выполнять работу по дому | Без посторонней помощи  С частичной помощью  Полностью не способен выполнять какую-либо работу по дому | 3  2  1 |
| 6. Можете ли вы выполнять мелкую « мужскую»/ «женскую» работу по дому | Без посторонней помощи  С частичной помощью  Полностью не способен выполнять любую мелкую « мужскую» /«женскую» работу по дому | 3  2  1 |
| 7.Можете ли вы стирать для себя | Без посторонней помощи  С частичной помощью  Полностью не способен стирать | 3  2  1 |
| 8. Можете или могли бы вы самостоятельно принимать лекарства | Без посторонней помощи (в правильных дозах и в назначенное время)  С частичной помощью (если кто-то приготовит лекарство к приему и/или напомнит о необходимости принять его)  Полностью не способен принять лекарство | 3  2  1 |
| 9.Можете ли вы распоряжаться своими деньгами | Без посторонней помощи  С частичной помощью  Полностью не способен распоряжаться своими деньгами | 3  2  1 |
| Общий балл: |  | |

**Гериатрическая шкала депрессии (GDS)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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: |  | |

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

**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: | |  |

**Визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья (ВАШ) Приложение 8**

0 50 100

На отрезке линии от 0% (самое плохое здоровье) до 100% (идеальное здоровье) пациент отмечает состояние своего здоровья, так как он сам это воспринимает.

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ТЕСТ МИНИ-КОГ**  **Воспроизведение 3-х слов**  (приложение 1) | **1 балл** за каждое воспроизведенное слово  **(0 – 3) балла** | **Общий балл** = баллы за воспроизведение слов + баллы за рисование часов | |
| **Тест рисования часов**  (приложение 2) | Правильно нарисованные часы = **2** балла.  (правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; цифры 12, 3, 6 и 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не оценивается.  Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = **0** баллов | **4 - 5 баллов** – норма, рекомендован когнитивный тренинг;  **3 балла** – клиническое обследование, углубленное когнитивное тестирование для уточнения типа нарушений;  **0 – 2 балла** – обязательны консультации невролога, психиатра и детальное клиническое обследование | |
| **Тест на речевую активность**  (приложение 3) | За 1 минуту назвал менее 12 растений или животных и/или менее 10 слов на букву «Л» - вероятные когнитивные нарушения |  | |
| **Гериатрическая шкала депрессии**  **GDS (баллы)** | 0-4– нет депрессии  ≥5 – вероятная депрессия |  | |
| **Динамометрия (кг)**    (приложение 4) | муж 43,3-59,9  жен 27,5-37,9 | правая рука |  |
| левая рука |  |
| **Тест «встань и иди» (сек)**  (приложение 5) | ≤10 – норма  >12 – риск падений  ≥14 - высокий риск падений |  | |
| **Скорость ходьбы (м/с)**  (приложение 6) | 60-69 лет- 1,27  70-79лет - 1,18 |  | |
| **Способность поддержания равновесия (сек)**  (приложение 7) | хороший результат > 10  удовлетворительный ≥ 5 |  | |
| **Активность в повседневной жизни**  **(индекс Бартел) (баллы)** | 0-20- полная зависимость  21-60- выраженная зависимость  61-90- умеренная зависимость  91-99-легкая зависимость в повседневной жизни  100-нет зависимости |  | |
| **Повседневная инструментальная активность -IADL(баллы)** | < 27 – снижение инструментальной активности |  | |
| **Краткая шкала оценки питания -MNA(баллы)** | >23,5 – нет проблем с питанием  17-23,5 – опасность недоедания  <17 – недостаточность питания |  | |
| **Визуально аналоговая шкала (%)** | 0-100 |  | |
| **Риск переломов (%)**  **(FRAX)** | 10-летний  абсолютный риск основных остеопоретических переломов |  | |
| 10-летний абсолютный риск  перелома проксимального отдела бедра |  | |

**Заключение гериатра:**

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дополнительные обследования (консультации):**

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

**Профилактические и лечебные мероприятия:**

* лечебная физкультура
* когнитивный тренинг
* диета
* направление на школы для пациентов и членов их семей

|  |
| --- |
|  |

**Лекарственная терапия**

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

**Направление в территориальный центр социального обслуживания:**

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

**Повторная консультация гериатра через** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Время окончания КГО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**