

**Praktyka zawodowa z Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne
Studia stacjonarne**

Autor programu: dr Wioletta Ławska

Liczba godzin: 80 godz;2 tygodnie

Czas realizacji: III rok; VI semestr; praktyka semestralna

Miejsce zajęć: Zakład Opiekuńczo – Leczniczy lub Dom Pomocy Społecznej

1. Cel praktyki

Doskonalenie umiejętności zawodowych w sprawowaniu opieki nad człowiekiem starszym.

2. Umiejętności - wyniku kształcenia student opanuje efekty kształcenia w dziedzinie umiejętności i kompetencji społecznych:

W DZIEDZINIE UMIEJĘTNOŚCI	
Gromadzi informacje, formułuje diagnozę pielęgniarstwa, ustala cele i plan opieki, wdraża interwencje pielęgniarstwa oraz dokonuje ewaluacji opieki zdrowia.	D.U.1
Rozpoznaje uwarunkowania zachowania zdrowia odbiorców opieki w różnym wieku i stanie zdrowia	D.U.2
Prowadzi poradnictwo w zakresie samoopieki pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia, dotyczące wad rozwojowych, chorób i uzależnień.	D.U.3
Prowadzi profilaktykę powikłań w przebiegu chorób	D.U.5
Diagnostyka stopień ryzyka rozwoju odleżyn i dokonuje ich klasyfikacji;	D.U.8
Przygotowuje chorego do badań diagnostycznych pod względem fizycznym i psychicznym.	D.U.12
Dokumentuje sytuację zdrowotną pacjenta, jej dynamikę zmian i realizowaną opiekę pielęgniarstwa	D.U.13
Przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego.	D.U.26
Prowadzi dokumentację opieki nad chorym: kartę obserwacji, zabiegów pielęgnacyjnych i raportów	D.U.28
Przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza	D.U.33
Potrafi rozpoznawać wskazania do wykonania określonych badań diagnostycznych i posiada umiejętności umożliwiające wystawianie skierowań na określone badania diagnostyczne	D.U.34
Potrafi przygotowywać zapisy form recepturowych substancji leczniczych w porozumieniu z lekarzem lub na jego zlecenie	D.U.35
W DZIEDZINIE KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH	
Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece.	D.K.1
wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych	D.K.4
przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami	D.K.10

3. Treści kształcenia:

1. Założenia organizacyjne, cele praktyki, wykaz umiejętności, kryteria oceny. Organizacja oddziału. Poznanie zadań w ramach zespołu terapeutycznego. Nawiązanie współpracy. Standard przyjęcia pacjenta do oddziału geriatrycznego/ ZOL/DPS-u.
2. Zbieranie informacji o pacjencie znanymi metodami dla celów diagnozy pielęgniarstwa i leczenia.
3. Pisemne sprawozdanie z opieki.
4. Badania diagnostyczne stosowane w schorzeniach wieku podeszłego, przygotowanie pacjenta do badań, postępowanie z pacjentem po badaniu.
5. Metody terapii w oddziale geriatrycznym/DPS-ie, współudział pielęgniarstwa, obserwacja pacjenta geriatrycznego. Analiza prowadzonej dokumentacji procesu pielęgnowania w oddziale geriatrycznym /DPS-ie – ocena efektywności .
6. Prowadzenie dokumentacji procesu pielęgnowania u starszej osoby.
7. Przygotowanie pacjenta geriatrycznego i jego rodziny do samoopieki.
8. Planowanie wspólnie z zespołem terapeutycznym i rodziną działań pozwalających na optymalne funkcjonowanie osoby starszej i skuteczne postępowanie leczniczo pielęgnacyjno- rehabilitacyjne w określonej sytuacji zdrowotnej.
9. Stosowanie procedur postępowania w pielęgnacji człowieka starszego według przyjętych standardów
10. Ocena realizacji założonych celów kształcenia. Samoocena studenta. Podsumowanie praktyki zawodowej.

4. Sposoby weryfikacji efektów kształcenia:

Sprawdzian praktyczny, sprawozdanie pisemne, sprawdzian ustny, ocena prowadzonej dokumentacji, samoocena studenta Zaliczenie z oceną: suma ocen (40% wiedzy, 40% umiejętności i 20% kompetencji społecznych) przez opiekuna dydaktycznego praktyk w porozumieniu z opiekunem praktyk/ pielęgniarzką z ramienia zakładu pracy.

5. **Warunki zaliczenia:**

- obowiązkowa 100% obecność na zajęciach
- przestrzeganie regulaminu praktyk zawodowych
- zaliczenie z dokumentacji procesu pielęgnowania
- zaliczenie tematów zajęć
- zaliczenie efektów kształcenia – wg dziennika

Koordinator przedmiotu
Dr Wioletta Ławska

.....
Imię i nazwisko studenta

.....
Data

Dokumentacja procesu pielęgnowania pacjenta w wieku starszym (geriatrycznym)

Dane osobowe podopiecznego:

Imię i nazwisko

.....

Wiek.....

Płeć (M/K)*

Stan cywilny

Wyznanie

Wykształcenie / zawód

.....
.....

Źródło utrzymania

.....
.....

Stan rodzinny

.....
.....

Rozpoznanie lekarskie

.....
.....

Data objęcia opieką podopiecznego przez DPS / ZOL

.....

Stan narządów zmysłu:

Wzrok

.....
.....

Słuch

.....
.....

Nalogi (tytoń, alkohol, używki, inne)

.....

Przebyte choroby i operacje:

.....
.....

Powód pobytu podopiecznego w DPS/ZOL

.....
.....

Reakcje podopiecznego na chorobę, starość i fakt pobytu w DPS/ZOL: (pozytywna, negatywna, obojętna, inne)* - opisać

.....
.....
.....
.....

Zgłaszane dolegliwości (w dniu objęcia opieką przez studenta):

.....
.....
.....

Ból (charakter, miejsce, czas, częstotliwość, nasilenie, ocena wg skali np. VAS lub NRS)

.....
.....
.....
.....

Występowanie objawów:	Tak (plus opis)	Nie
Wymioty		
Nieprawidłowe stolce		
Biegunka		
Zaparcia		
Duszność		
Obrzęki		

Inne objawy:

.....
.....
.....
.....

W którym okresie pobytu (adaptacji) znajduje się podopieczny: adaptacji, zaadoptowany, readaptacja do środowiska domowego - w przypadku ZOL)

.....
.....
.....

Podopieczny jest przygotowywany lub przeszedł następujące badania laboratoryjne i inne: (wpisać wyniki oraz normy)

.....
.....
.....

Stan bio-psycho-społeczny chorego (w dniu objęcia opieką przez studenta)

Stan ogólny: dobry / średni / ciężki / bardzo ciężki *

Niepelnosprawność intelektualna: nie dotyczy / stopnia lekkiego / umiarkowana / znaczna *

Kategoria opieki pielęgniarzkiej: I / II / III / IV *

Stan świadomości: pełna orientacja / senność / stan przed śpiączkowy / śpiączka / inne*

.....

Tętno – ilość, rytm, napięcie	
RR – ciśnienie	
Oddech – ilość, charakter	
Zabarwienie skóry, napięcie, obrzęki, inne	
Temperatura	
Masa ciała i wzrost, BMI	
Układ moczowy-diureza prawidłowa, samodzielna; pacjent z cewnikiem; inne	

Układ kostno- stawowo-mięśniowy:

Porusza się samodzielnie / wózek / balkonik / kule / inne* (opisać)

.....

Podopieczny jest samodzielny: tak / nie / częściowo* (w jakim zakresie – opisać)

.....
.....

Podopieczny obecnie jest na diecie: ścisłej / płynnej / lekkostrawnej / innej *

.....
.....

Inne spostrzeżenia o podopiecznym (stan psychiczny, społeczny, samopoczucie, własne spostrzeżenia)

.....
.....
.....
.....
.....

Dane o podopiecznym uzyskane z innych źródeł: (dokumentacja, personel, rodzina, współpacjenci i inne, metody leczenia)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Postawa wobec starości: konstruktywna / wrogości / zależności / obronna / wrogości w stosunku do siebie * (opisać)

.....
.....

Przyjmowane leki przez podopiecznych wraz z działaniem leków:

*właściwe podkreślić /zakreślić/

Imię i nazwisko podopiecznego.....lat.....

Data	Ocena stanu podopiecznego - raport

Data	Ocena stanu podopiecznego - raport

Imię i nazwisko podopiecznego.....lat.....

Data	Rozpoznane problemy i cel opieki	Planowane działania	Realizacja planu opieki	
			Częstotliwość działań	Stan uzyskany

Data	Rozpoznane problemy i cel opieki	Planowane działania	Realizacja planu opieki	
			Częstotliwość działań	Stan uzyskany

Kategoryzacja chorych wg wyznaczników

Wyznaczniki opieki	Kategoria			
	I	II	III	IV
	Opieka			
	Minimalna	Umiarkowana	Wzmożona	Intensywna
Poruszanie się	Normalne	Pacjent spędza większość czasu w łóżku	Pacjent leżący, nie opuszcza łóżka, może sam zmienić pozycję	Pacjent leżący, niezdolny do zmiany pozycji (wymaga zmiany co 1-2 godz.)
Czynności higieniczne	Pełna samodzielność	Pacjent wymaga niewielkiej pomocy	Pacjent wymaga pomocy w toalecie	Pacjent wymaga pełnego mycia i zabiegów higienicznych
Odżywianie	Pełna samodzielność	Pacjent wymaga niewielkiej pomocy	Pacjent wymaga karmienia lub istotnej pomocy	Pacjent odżywiany przez zgłębnik lub parenteralnie
Wydalenie	Pełna samodzielność	Pacjent wymaga niewielkiej pomocy (zaprowadzenie do WC)	Wymaga podawania basenu lub kaczki	Ma założony cewnik albo nie kontroluje oddawania moczu i stolca
Zakres obserwacji	Tętno i temperatura mierzone 2 razy na dobę	Tętno, ciśnienie i temperatura mierzone 2 razy na dobę, obserwacja po badaniu diagnostycznym	Tętno, ciśnienie i temperatura mierzone częściej niż 2 razy na dobę, obserwacja po badaniu diagnostycznym	Prowadzona karta intensywnego nadzoru, monitorowanie, pomiar tętna i RR co 1 godz.

KRÓTKA SKALA OCENY STANU PSYCHICZNEGO – (MMSE)

ARKUSZ ODPOWIEDZI

1. Orientacja w czasie i w miejscu

Orientacja w czasie:

- Jaki jest teraz rok?.....
- Jaka jest teraz pora roku?
.....
- Jaki jest teraz miesiąc?
.....
- Jaka jest dzisiejsza data (którego dzisiaj mamy)?
.....
- Jaki jest dzisiaj dzień tygodnia?
.....

Orientacja w miejscu:

- W jakim kraju się znajdujemy?
.....
- W jakim województwie się znajdujemy?
.....
- W jakim mieście się teraz znajdujemy?.....
- Jak nazywa się miejsce, w którym się teraz znajdujemy?
.....
- Na którym piętrze się obecnie znajdujemy?
.....

2. Zapamiętywanie

Wymienię teraz trzy słowa. Kiedy skończę, proszę, aby je Pan(i) powtórzył(a) poniższe słowa wypowiadamy wolno i wyraźnie – jedno słowo na sekundę:

- BYK
- MUR
- LAS

Proszę je zapamiętać bo zapytam o nie powtórnie za kilka minut.

3. Uwaga i liczenie

Proszę odejmować kolejno od 20 po 2, aż powiem stop:

-
-
-
-
-
-

4. Przypominanie

Proszę wymienić trzy słowa które Pan(i) miał(a) wcześniej zapamiętać:

- BYK
- MUR
- LAS

5. Funkcje językowe

Nazywanie

Prosimy o nazwanie dwóch przedmiotów, które kolejno pokazujemy badanemu (ołówek, zegarek)

- Jak nazywa się ten przedmiot?
.....
- Jak nazywa się ten przedmiot?
.....

Powtarzanie

Proszę dosłownie powtórzyć następujące zdanie: **ani tak, ani nie, ani ale**

Wykonywanie poleceń

a) Proszę uważnie posłuchać treści całego polecenia, a następnie wykonać to polecenie:

- Proszę wziąć kartkę do lewej / prawej ręki.....
- Złożyć ją oburącz na połowę
.....
- I położyć ją na kolana
.....

b) Pokazujemy badanemu tekst polecenia: „proszę zamknąć oczy”.

Proszę przeczytać to polecenie i je wykonać.....

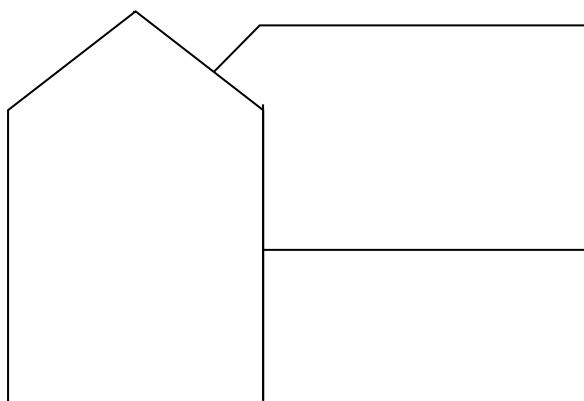
Pisanie

Dajemy osobie badanej czystą kartkę papieru i prosimy o napisanie dowolnego zdania.

Proszę napisać na tej kartce jakieś zdania
.....

6. Praktyka konstrukcyjna

Proszę przerysować ten rysunek tak dokładnie jak tylko jest to możliwe.



Ogólna liczba punktów:.....

Liczba punktów możliwa do zdobycia 30. Wynik 27-30 punktów – prawidłowy, 24-26 pkt. – zaburzenia poznawcze bez otępienia, 19-23 pkt. otępienie w stopniu lekkim, 11-18 pkt. otępienie w stopniu średnim, 0-10 pkt. głębokie otępienie. Test jest skryningowy

KWESTIONARIUSZ OCENY STOPNIA ODŻYWIENIA (MNA)- badanie przesiewowe (skryning)

I. Wersja skrócona (MNA – SF):

- A. Czy przyjmowanie pokarmów w okresie ostatnich trzech m-cy zmieniło się z powodu utraty apetytu, problemów z trawieniem, żuciem czy polykaniem?
- W dużym stopniu - 0 pkt
 - W umiarkowanym stopniu - 1 pkt
 - Nie zaobserwowano - 2 pkt
- B. Utrata masy ciała w ostatnich trzech miesiącach
- Więcej niż 3 kg - 0 pkt
 - Badana osoba nie wie, nie potrafi sprecyzować – 1 pkt
 - Utrata masy ciała wynosząca 1-3 kg - 2 pkt
 - Bez utraty masy ciała - 3 pkt
- C. Mobilność / zdolność do samodzielnego przemieszczania się
- Nie opuszcza sam(a) łóżka lub krzesła - 0 pkt
 - Jest w stanie sam(a) podnieść się z łóżka lub krzesła, lecz nie wychodzi na zewnątrz - 1 pkt
 - Wychodzi samodzielnie z domu - 2 pkt
- D. Czy w ciągu ostatnich trzech m-cy wystąpiła choroba o przebiegu ostrym lub stres o znacznym nasileniu?
- Tak - 0 pkt
 - Nie - 2 pkt
- E. Problemy neuropsychologiczne:
- Umiarkowanego stopnia otępienie lub depresja – 1 pkt
 - Bez problemów psychologicznych - 2pkt
- F. Wskaźnik masy ciała (BMI)
- BMI poniżej 19 - 0pkt
 - BMI > lub =19 i < 21 - 1 pkt
 - BMI > lub = 21 i < 23 - 2 pkt
 - BMI > lub = 23 - 3 pkt

Wynik końcowy/14

Interpretacja:

Liczba pkt w badaniu przesiewowym, maks. 14 pkt:

- 11 lub więcej pkt - stan odżywienia prawidłowy, bez zagrożenia, nie wymaga kontynuacji MNA
- 10 lub mniej pkt – możliwość niedożywienia – kontynuacja MNA

II. Wersja pełna MNA – ocena obejmuje dodatkowo następujące elementy:

- G. Mieszka poza placówką opiekuńczo –leczniczą:
- Nie - 0 pkt
 - Tak - 1 pkt
- H. Przyjmuje więcej niż trzy leki na dobę:
- Tak - 0 pkt
 - Nie - 1 pkt
- I. Odleżyny lub owrzodzenia:
- Tak - 0 pkt
 - Nie - 1 pkt
- J. Liczba posiłków spożywanych dziennie przez pacjenta:
- Jeden posiłek -0 pkt
 - Dwa posiłki -1 pkt
 - Trzy posiłki -2 pkt
- K. Wybrane wskaźniki spożycia białka:
- co najmniej jeden posiłek z produktów mlecznych(mleko, ser, jogurt) TAK /NIE
 - dwa lub więcej posiłków zawierających jajka lub rośliny strączkowe na tydzień TAK / NIE
 - mięso, ryby lub drób codziennie TAK /NIE
 - 0-1 raz TAK - 0 pkt
 - 2 razy TAK - 0,5 pkt
 - 3 razy TAK - 1 pkt
- L. Spożywa co najmniej dwa razy dziennie warzywa lub owoce:
- Nie - 0 pkt
 - Tak - 1 pkt
- M. Ilość płynów (woda, sok, kawa, herbata, mleko) spożywanych dziennie:
- Poniżej 3 szklanek - 0 pkt
 - Od 3-5 szklanek - 0,5 pkt
 - Więcej niż 5 szklanek - 1 pkt
- N. Sposób odżywiania:
- Nie jest w stanie jeść samodzielnie - 0 pkt
 - Je samodzielnie z trudnością - 1 pkt
 - Je samodzielnie - 2 pkt
- O. Samoocena stanu odżywiania:
- Ocenia się jako osoba niedożywiona - 0 pkt
 - Nie potrafi ocenić stanu odżywiania - 1 pkt
 - Ocenia się jako osoba nie mająca problemów z odżywianiem - 2 pkt
- P. W porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku, jak pacjent ocenia swój stan zdrowia – jako:
- Gorszy - 0 pkt
 - Nie wie - 0,5 pkt
 - Tak samo dobry - 1 pkt

- | | |
|----------------------------|-----------|
| ○ Lepszy | - 2 pkt |
| Q. Obwód ramienia: | |
| ○ < 21 cm | - 0 pkt |
| ○ > lub = 21cm i < 22 cm | - 0,5 pkt |
| ○ > lub = 22 cm lub więcej | - 1 pkt |
| R. Obwód łydki: | |
| ○ < 31 cm | - 0 pkt |
| ○ > lub = 31 cm | - 1 pkt |
-

Wynik końcowy (łącznie liczba pkt uzyskanych za odpowiedzi od pytania A do R):/30

Interpretacja:

- 24 lub więcej pkt – stan odżywienia dobry,
- 17 – 23,5 pkt – ryzyko niedożywienia,
- Poniżej 17 pkt - niedożywienie

OCENA PACJENTA WEDŁUG SKALI BARTHEL

Lp.	Czynności	Wynik
1.	Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety, 10 – samodzielnie, niezależnie	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie): 0 – nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu, 5 – większa pomoc fizyczna (1 lub 2 osoby), 10 – mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), 15 – samodzielnie	
3.	Utrzymanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych, 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC): 0 – zależny, 5 – potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam, 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – zależny, 5 – niezależny (lub pod prysznicem),	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich): 0 – nie porusza się lub dystans <50 m, 5 – niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m, 10 – spaceruje z pomocą (słowną lub fizyczną) jednej osoby >50 m, 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski, dystans >50m	
7.	Wychodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie, 5 – potrzebuje pomocy (słownej, fizycznej, przenoszenia), 10 – samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0 – niezależny, 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy, 10 – niezależny (zapinanie guzików, zamka, sznurowanie)	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca (lub potrzebuje lewatywy) 5 – czasami popuszcza (zdarzenie przypadkowe) 10 – panuje / utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to nie samodzielny, 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10 – panuje / utrzymuje mocz	

Wynik kwalifikacji

.....

Interpretacja wyników:

I: 86-100 pkt – stan pacjenta „lekki”

II: 21-85 pkt – stan pacjenta „średnio ciężki”

III: 0-20 pkt – stan pacjenta „bardzo ciężki”

SKALA CZYNNOŚCI INSTRUMENTALNYCH - IADL

Czynność	Stopień samodzielności
Użycie telefonu	<ul style="list-style-type: none"> ○ Co najmniej samodzielnie odbiera telefon – 1 pkt ○ Nie odbiera samodzielnie – 0 pkt
Zakupy	<ul style="list-style-type: none"> ○ Samodzielnie wykonuje – 1 pkt ○ Wykonuje z pomocą lub nie wykonuje – 0 pkt
Przygotowywanie posiłków	<ul style="list-style-type: none"> ○ Samodzielnie – 1 pkt ○ Nie przygotowuje lub tylko podgrzewa – 0 pkt
Sprzątanie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nie wymaga pomocy przy codziennych porządkach – 1 pkt ○ Wymaga pomocy przy codziennych porządkach – 0 pkt
Pranie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Jeżeli cokolwiek pierze – 1 pkt ○ Nic nie jest w stanie przeprać – 0 pkt
Używanie środków transportu	<ul style="list-style-type: none"> ○ Samodzielnie korzysta ze środków transportu – 1 pkt ○ Wymaga jakiegokolwiek pomocy przy korzystaniu ze środków transportu – 0 pkt
Posługiwanie się lekami	<ul style="list-style-type: none"> ○ Samodzielnie zażywa leki w sposób właściwy i zalecany – 1 pkt ○ Wymaga jakiegokolwiek pomocy, nawet przy przygotowaniu leków – 0 pkt
Posługiwanie się pieniędzmi	<ul style="list-style-type: none"> ○ Samodzielnie posługuje się przy codziennych zakupach lub wymaga jedynie pomocy przy wypłacie lub wpłacie – 1 pkt ○ Nie posługuje się przy codziennych zakupach – 0 pkt

SKALA FUNKCJONOWANIA CODZIENNEGO – ADL

Czynność	Stopień samodzielności
Kąpiel (natrysk lub wanna)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Całkowita samodzielność, nie potrzebuje pomocy (nawet jeżeli potrzebuje pomocy przy wchodzeniu lub wychodzeniu z wanny) ○ Niewielka pomoc, np. przy myciu niektórych części ciała ○ Znaczna pomoc – potrzebuje pomocy przy kąpielu
Ubieranie się (wkładanie i zdejmowanie bielizny, wyjmowanie ubrań z szafy, używanie suwaków i guzików)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Całkowita samodzielność – dobór odzieży, ubieranie się bez pomocy ○ Częściowa pomoc – samodzielne dobieranie odzieży, ale potrzebna pomoc przy suwakach i guzikach ○ Brak samodzielności – potrzebna pomoc przy przygotowaniu odzieży i ubieraniu się
Toaleta (samodzielne pójście do toalety, załatwianie potrzeb fizjologicznych, podmywanie się i porządkowanie odzieży)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Całkowita samodzielność – pacjent sam chodzi do łazienki, załatwia potrzeby fizjologiczne, porządkuje odzież (może używać łaski, balkonika, wózka inwalidzkiego; może w nocy używać basenu i opróżniać go rano) ○ Potrzebuje pomocy – w toalecie, podmywaniu się, porządkowaniu odzieży lub w korzystaniu z basenu ○ Niezdolny do samodzielnego dbania o toaletę i załatwiania potrzeb fizjologicznych
Kontrolowanie zwieraczy (trzymanie moczu i stolca)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Całkowite kontrolowanie zwieraczy ○ Częściowy brak kontroli – przypadki braku kontroli zdarzają się „od czasu do czasu” ○ Całkowity brak kontroli lub konieczność założenia cewnika
Spożywanie posiłków	<ul style="list-style-type: none"> ○ Całkowita samodzielność – je bez pomocy ○ Częściowa pomoc, np. krojenie mięsa, smarowanie masłem chleba ○ Brak samodzielności – potrzeba karmienia lub konieczność założenia sondy
Poruszanie się	<ul style="list-style-type: none"> ○ Całkowita samodzielność (kładzenie się i wstawanie z łóżka oraz siadanie i wstawanie z krzesła bez pomocy lub za pomocą łaski) ○ kładzenie się i wstawanie z łóżka bądź krzesła tylko przy pomocy ○ stale przebywanie w łóżku

SKALA TINETTI - OCENA RÓWNOWAGI I CHODU

RÓWNOWAGA (badany siedzi na twardym krześle bez poręczy)

	2 punkty	1 punkt	0 punktów
1.Równowaga podczas siedzenia		Zachowuje równowagę zabezpieczony	Pochyla się lub ześlizguje z krzesła
2.Wstawianie z miejsca	Wstaje bez pomocy rąk	Wstaje, ale sam pomaga sobie rękoma	Niezdolny do samodzielnego wstania
3.Próby wstawiania z miejsca	Wstaje przy pierwszej próbie	Wstaje, ale potrzebuje kilku prób	Niezdolny do wstania bez pomocy
4.Równowaga bezpośrednio po wstaniu z miejsca (pierwsze 5 sek.)	Stoi pewnie, bez żadnego podparcia	Stoi pewnie, ale podpira się, używając chodzika, laski lub chwytając inne przedmioty	Stoi niepewnie (zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kolysze tułowiem)
5.Równowaga podczas stania	Stoi ze stopami złączonymi, bez podparcia	Stoi pewnie ale na szerokiej podstawie (pięty w odległości >10 cm od siebie) lub podpierając się laską, chodzikiem itp.	Stoi niepewnie
6.Próba trącania (badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha go, trzykrotnie trącając dłonią w klatkę piersiową na wysokości mostka)	Stoi pewnie	Zatacza się, chwytając się przedmiotów, ale samodzielnie utrzymuje pozycję	Zaczyna się przewracać
7.Próba trącania przy zamkniętych oczach badanego		Stoi pewnie	Stoi niepewnie
8.Obracanie się o 360 stopni	Ruch ciągły, pewny	Ruch niepewny (zataczanie się, chwytanie przedmiotów)	Ruch przerywany
9.Siadanie	Pewny, płynny ruch	Pomaga sobie rękoma lub ruch nie jest płynny	Niepewne (źle ocenia odległość, opada na krzesło)

RÓWNOWAGA wynik końcowy/16

CHÓD (badany stoi obok badającego; idzie wzdłuż korytarza lub przez pokój – najpierw zwykłym krokiem, a z powrotem krokiem szybkim, ale w sposób bezpieczny, korzystając z laski lub chodzika, jeśli zwykle się nimi posługuje)

	2 punkty	1 punkt	0 punktów
10.Zapoczątkowanie chodu (bezpośrednio po wydaniu polecenia)		Start bez wahania	Jakiegokolwiek niezdecydowanie (wahanie) lub kilkakrotne próby ruszenia z miejsca

11.Długość i wysokość kroku:

A. zasięg ruchu prawej stopy przy wykroku	Przekracza położenie lewej stopy; prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą	Przekracza położenie lewej stopy lub prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą	Nie przekracza miejsca stania lewej stopy; prawa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi
B. zasięg ruchu lewej stopy przy wykroku	Przekracza położenie prawej stopy; lewa stopa całkowicie unosi się nad podłogą	Przekracza położenie prawej stopy lub lewa stopa całkowicie unosi się nad podłogą	Nie przekracza miejsca stania prawej stopy; lewa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi
12.Symetria kroku		Długość kroku obu stóp wydaje się równa	Długość kroku prawej i lewej stopy nie jest jednakowa
13.Ciągłość kroku		Chód wydaje się ciągły	Zatrzymywanie się między poszczególnymi krokami lub inny brak ciągłości chodu
14.Ścieżka chodu (oceniać na odcinku ok. 3 m, odnotować odchylenie rzędu 30 cm)	Prosta ścieżka bez korzystania z pomocy	Niewielkie lub średniego stopnia odchylenie, ewentualnie pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.)	Wyraźne odchylenie od toru
15.Tułów	Pacjent nie kołysze tułowiem, nie zgina kolan, pleców, nie angażuje kończyn górnych ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych	Nie ma kołysania, ale pacjent podczas chodzenia zgina kolana, plecy lub rozkłada ramiona	Wyraźne kołysanie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych
16.Pozycja podczas chodzenia		Pięty prawie stykają się podczas chodzenia	Pięty rozstawione

CHÓD wynik końcowy/12

ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW/28

Interpretacja: Łączny wynik poniżej 26 punktów sygnalizuje problem; przy wyniku poniżej 19 punktów ryzyko upadku wzrasta 5 –krotnie

GERIATRYCZNA SKALA DEPRESJI (wersja skrócona – 15 cech)

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź.

	TAK	NIE
1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony?		
2. Czy zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i zainteresowań?		
3. Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?		
4. Czy często czuje się Pan(i) znudzony(a)?		
5. Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?		
6. Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?		
7. Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?		
8. Czy często czuje się Pan(i) bezradny(a)?		
9. Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać?		
10. Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?		
11. Czy myśli Pan(i), że wspaniale jest żyć?		
12. Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(a) od innych ludzi?		
13. Czy czuje się Pan(i) pełny(a) energii?		
14. Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?		
15. Czy myśli Pan(i), że ludzie są lepsi niż Pan(i)?		

Interpretacja:

0-5 pkt. – wynik prawidłowy

6-10 pkt. – depresja umiarkowana

11-15 pkt. – ciężka depresja