

DELIR-Kurve

Interprofessionelle Risk-Checklist DELIR (IRCD)

Patientenkleber

Name

Geburtsdatum

Aufnahme-Zahl

Risikoeinschätzung Delir/Akute Verwirrtheit	Ja	pflege- risch	ärztlich	O Wenn ja, dann ...	BEHANDLUNGSOPTIMIERUNG (BO)
ALLGEMEINE FAKTOREN					
Hinweise auf Delir in Vorgeschichte	<input type="radio"/>			Vorbefunde? Außenanamnese	
Hinweise auf vorbestehende kognitive Beeinträchtigung/ Demenz	<input type="radio"/>			Angepasste Kommunikation, Bedürfnisse der PatientInnen, Memory Nurse, D-Transport	
≥ 3 Erkrankungen (Multimorbidität)	<input type="radio"/>			Somatische Optimierung	
Sehen oder Hören beeinträchtigt	<input type="radio"/>			Brille, Hörgerät, Tages-Kalender, Uhr, Hilfe bei Re-Orientierung	
Kein selbstständiges Essen möglich	<input type="radio"/>			Hilfe beim Essen, Zahnprothese einsetzen, energiereiche Nahrung (ggf. Ernährungsprotokoll)	
Eingeschränkte Mobilität/ braucht Hilfsperson	<input type="radio"/>			Frühmobilisierung	
Patientin/ Patient lebt in Wohnheim Wesentliche soziale Verluste < 6 Mo, Änderung der Wohnsituation	<input type="radio"/>			Bezugspersonen kontaktieren, persönliche Gegenstände SozialarbeiterIn, SeelsorgerIn, PsychologIn kontaktieren	
Patientin/ Patient wirkt ängstlich und/ oder depressiv	<input type="radio"/>			Informationen über Ängstlichkeit/ Stimmungsschwankungen	
MEDIKAMENTE					
Anzahl der Medikamente bei Aufnahme ≥ 5	<input type="radio"/>			Überprüfen: NW – WW?	
Abruptes Reduzieren/ Absetzen der Medikation auf Intensivstation	<input type="radio"/>			Medikamente langsam ausschleichen (Neuroleptika, Opiate, Benzodiazepine, Catapressan, Dextor, ...)	
SUCHT					
Alkohol	<input type="radio"/>			Entzugsmedikamente geben oder überprüfen	
Schlafmittel	<input type="radio"/>			Vertrautes Schlafmittel (auch Benzodiazepine) weiter!	
AKTUELLE FAKTOREN					
Schmerzen – in Ruhe oder bei Bewegung?	<input type="radio"/>			Schmerztherapie (nicht-medikamentös, medikamentös), Schmerzscreening?	
Fieber, Infektionszeichen	<input type="radio"/>			Infektion abklären	
Blutzuckereinstellung gestört	<input type="radio"/>			Blutzucker überprüfen	
Sauerstoffsättigung vermindert	<input type="radio"/>			Pulsoxy, Sauerstoffgabe	
Exsikkose – Ödeme	<input type="radio"/>			Ein-/ Ausfuhr? Flüssigkeitszufuhr	
Harnverhalt	<input type="radio"/>			Restharn?	
Durchfall/ Verstopfung	<input type="radio"/>			Darmfunktion regulieren, ggf. Stuhlhygiene	
Mangelernährung	<input type="radio"/>			Körpergewicht-Messung, -Vergleich, hochkalorische Ernährung, DiätologIn, ggf. NRS (nutrition risk screening)	
Ein-/ Durchschlafstörungen, Tag-Nacht-Umkehr	<input type="radio"/>			Schlafmedikation anpassen, individuelle Schlafgewohnheiten berücksichtigen, Licht!	
EREIGNISSE IM KRANKENHAUS					
Als Notfall gekommen	<input type="radio"/>			Auf ruhige, angstfreie Umgebung achten, ruhiges und überschaubares Handeln	
Operation, invasive Diagnostik	<input type="radio"/>			Medikation kritisch überprüfen, Nüchtern-Zeiten kurz halten, Wartezeiten!	
Harnkatheter, andere Zugänge (Venflon, ZVK, Büllau, ...)	<input type="radio"/>			Notwendig?	
Fixierung (Bettgitter, Tische, Gurte)	<input type="radio"/>			Notwendig? Alternativen? Sitzwache? Angehörige hilfreich?	
Gesamtsumme					
DATUM: _____					

DOS - Delirium Observation Scale Schuurmans 2003																		Symptombewertung bei Verdacht auf Delir																	
		Datum						Datum						Datum																					
		Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst																		
		nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht																
1	Nickt während des Gespräches ein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-																
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-																
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-																
4	Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-																
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-																
6	Reagiert verlangsamt auf Aufträge	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-																
7	Denkt, irgendwo anders zu sein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-																
8	Erkennt die Tageszeit	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-																
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-																
10	Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-																
11	Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-																
12	Reagiert unerwartet emotional	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-																
13	Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-																
Summe der Punkte pro Schicht																																			
Bewertung:		o → normales Verhalten																																	
		< 3 → wahrscheinlich kein Delir																																	
		≥ 3 → wahrscheinlich Delir																																	

Psychomotorische Verlangsamung																		Symptombewertung bei Verdacht auf hypoaktives Delir																	
		Tagdienst						Nachtdienst						Tagdienst						Nachtdienst															
		0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0																
Psychomotorische Verlangsamung Verlangsamte Ansprechbarkeit, wenige oder keine spontane Aktivität / Äußerung; z.B. wenn PatientIn angestupst wird, ist die Reaktion verzögert und /oder PatientIn ist nicht richtig erweckbar		0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0																
Summe der Punkte pro Schicht																																			
Bewertung:		o → normales Verhalten																																	
		1 → V.a. Hypoaktivität																																	

Bitte wenden!

DOS - Delirium Observation Scale Schuurmans 2003 Symptombewertung bei Verdacht auf Delir

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> Patientenkleber Name Geburtsdatum Aufnahme-Zahl </div>		Datum						Datum						Datum					
		Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst		
		nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht
1	Nickt während des Gesprächs ein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
4	Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
6	Reagiert verlangsamt auf Aufträge	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
7	Denkt, irgendwo anders zu sein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
8	Erkennt die Tageszeit	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
10	Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
11	Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
12	Reagiert unerwartet emotional	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
13	Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
Summe der Punkte pro Schicht																			
Bewertung:																			
		0 → normales Verhalten																	
		< 3 → wahrscheinlich kein Delir																	
		≥ 3 → wahrscheinlich Delir																	

Psychomotorische Verlangsamung Symptombewertung bei Verdacht auf hypoaktives Delir

		Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst		
Psychomotorische Verlangsamung Verlangsamte Ansprechbarkeit, wenige oder keine spontane Aktivität / Äußerung; z.B. wenn PatientIn angestupst wird, ist die Reaktion verzögert und /oder PatientIn ist nicht richtig erweckbar		0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0
Summe der Punkte pro Schicht																			
Bewertung:																			
		0 → normales Verhalten																	
		1 → V.a. Hypoaktivität																	

DOS - Delirium Observation Scale Schuurmans 2003 Symptombewertung bei Verdacht auf Delir

		Datum						Datum						Datum					
		Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst		
		nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht	nie	manchmal - immer	weiß nicht
1	Nickt während des Gesprächs ein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
4	Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
6	Reagiert verlangsamt auf Aufträge	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
7	Denkt, irgendwo anders zu sein	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
8	Erkennt die Tageszeit	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
10	Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
11	Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
12	Reagiert unerwartet emotional	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
13	Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
Summe der Punkte pro Schicht																			
Bewertung:																			
		0 → normales Verhalten																	
		< 3 → wahrscheinlich kein Delir																	
		≥ 3 → wahrscheinlich Delir																	

Psychomotorische Verlangsamung Symptombewertung bei Verdacht auf hypoaktives Delir

		Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst			Tagdienst			Nachtdienst		
Psychomotorische Verlangsamung Verlangsamte Ansprechbarkeit, wenige oder keine spontane Aktivität / Äußerung; z.B. wenn PatientIn angestupst wird, ist die Reaktion verzögert und /oder PatientIn ist nicht richtig erweckbar		0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0
Summe der Punkte pro Schicht																			
Bewertung:																			
		0 → normales Verhalten																	
		1 → V.a. Hypoaktivität																	

Verfasserin: Dr.ⁱⁿ Renate Groß, renete.gross@tirol-kliniken.at
 Konsiliar- und Liaisondienste · Universitätsklinik für Psychiatrie II

Die Nutzung der Unterlagen ist ausdrücklich erwünscht, jedoch unter Angabe der Quelle.

Quellenangabe: Dr.ⁱⁿ Renate Groß, Univ.-Klinik für Psychiatrie II, A.ö. Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck, Tirol Kliniken GmbH.