

## Karta całościowej oceny geriatrycznej

Nazwisko i imię..... PESEL.....

Data badania..... Ilość lat edukacji..... Adres i tel. ośrodka kierującego .....

Wymagane noszenie: okularów Tak/Nie , aparatu słuchowego Tak/Nie

Realizowane noszenie: okularów Tak/ Nie, aparatu słuchowego Tak/ Nie

Opiekun..... Stopień pokrewieństwa.....

Adres ..... Tel .....

Reaktywna sytuacja stresowa do 2 lat wstecz: Nie/ Tak ( utrata roli zawodowej/rodzinnej, utrata bliskiej osoby, nieuleczalna choroba, nie leczony stan bólowy, narkoza, samotność, inne .....)

Stan skóry ..... Ograniczenie ruchomości .....

Przebyte złamania kości ( od 60 r. ż.)lokalizacja.....

Waga .....kg, Wzrost .....cm, Obwód ramienia..... cm, Obwód podudzia ..... cm, Obwód talii .....cm,  
Test.BERG\*/skrótowy Tinetti..... Zalecenia ..... odnośnie ..... aktywności  
ruchowej/chodu.....

Nietrzymanie moczu: Tak/Nie, jeśli Tak: naglące Tak/Nie wysiłkowe: Tak/Nie

Odleżyny: Nie/Tak- Lokalizacja ..... Skala BRADEN/ Norton .....

Indeks BARTHEL pkt...../ADL\* ..... Skala IADL.....

15 pkt. Geriatryczna Skala Oceny Depresji..... Skala MMSE\* , Norma oczekiwana..... Wynik .....

Uwagi .....

.....Test Rysowania Zegara ...../5pkt.

Inne testy\* .....

Uzależnienie od leków Tak/Nie..... Jatrogenny zespół geriatryczny  
..... Przebyty TIA: Tak/Nie Udar: Tak/Nie

### Parametry o znaczeniu rokowniczym

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Utrata masy ciała >6kg/6 lub 3kg/ 3 m-ce | Stwierdzana wartość.....        |
| Hyponatremia < 135 mmol/L                | Stwierdzana wartość.....        |
| Hypoalbuminemia < 3,7 g/dL               | Stwierdzana wartość.....        |
| Hemoglobina <12%                         | Stwierdzana wartość.....        |
| Limfopenia<1200µl <sup>3</sup>           | Stwierdzana wartość.....        |
| CRP> 6 mg/L                              | Stwierdzana wartość.....        |
| pO <sub>2</sub> <60 mmHg*                | Stwierdzana wartość.....        |
| Klirens kreatyniny < 35 ml/min           | Stwierdzana wartość.....        |
| Hipotonia ortostatyczna Tak/nie          | Wynik test z L-DOPA* > 20%..... |
| Glikemia na czczo 2x> 100 mg%            | Epizody hipoglikemii Tak/Nie    |
| Wynik TSH..... Wynik B12*                | Prawidłowy/ Nieprawidłowy       |

\* opcjonalnie

Pieczęć i podpis lekarza