

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.....

Wagakg, Wzrostcm, Obwód ramienia..... cm, Obwód podudzia cm, Obwód taliicm,
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
..... Przebyte 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<1200 μ l ³	Stwierdzana wartość.....
CRP> 6 mg/L	Stwierdzana wartość.....
pO ₂ <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

Wnioski diagnostyczne/lecznicze:

.....

.....

.....

Zalecenia lekarza geriatry:

.....

.....

.....

.....

Pieczczę i podpis lekarza