

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
03 листопада 2025 року № 1663

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДЕМЕНЦІЇ ТА ЛЕГКІ КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ

Загальна частина**Назва діагнозу:** Деменція та синдром легких когнітивних порушень**Коди стану або захворювання****НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:**

F00.0 Хвороба Альцгеймера з раннім початком
 F00.1 Хвороба Альцгеймера з пізнім початком
 F00.2 Деменція при хворобі Альцгеймера, атипова або змішаний тип
 F00.9 Деменція при хворобі Альцгеймера, неуточнена
 F01.0 Судинна деменція з гострим початком
 F01.1 Мультиінфарктна деменція
 F01.2 Підкіркова судинна деменція
 F01.3 Змішана кіркова та підкіркова судинна деменція
 F01.8 Інша судинна деменція
 F01.9 Судинна деменція, неуточнена
 F02.0 Деменція при хворобі Піка
 F02.3 Деменція при хворобі Паркінсона
 F03 Неуточнена деменція
 F06.7 Легкий когнітивний розлад
 G30.0 Хвороба Альцгеймера з раннім початком
 G30.1 Хвороба Альцгеймера з пізнім початком
 G30.8 Інші форми хвороби Альцгеймера
 G30.9 Хвороба Альцгеймера неуточнена
 G31.0 Обмежена атрофія головного мозку
 G31.3 Хвороба тілець Леві
 G31.8 Інші уточнені дегенеративні хвороби нервової системи
 G31.9 Дегенеративна хвороба нервової системи, неуточнена

Розробники:

Маньковський Дмитро Станіславович	завідувач відділенням кардіоневрології державного некомерційного підприємства «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України», член групи експертів Міністерства охорони здоров'я України за напрямком «Неврологічна та нейрохірургічна допомога», заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Демченко Аліна Вікторівна	заступник директора з організаційно-методичної роботи Навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» Запорізького державного медико-фармацевтичного університету;
Дельва Михайло Юрійович	завідувач кафедри нервових хвороб, Полтавського державного медичного університету;

Марута Наталія Олександрівна	заступник директора з наукової роботи, завідувач відділу пограничної психіатрії державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Маркова Маріанна Владиславівна	завідувач кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету;
Московко Геннадій Сергійович Мангубі Вадим Олександрович	завідувач кафедри неврології та нейрохірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; завідувач відділення психіатрії первинного психотичного епізоду з палатами для дітей комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» (за згодою);
Міщенко Владислав Миколайович	завідувач відділу судинної патології головного мозку та реабілітації державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Негрич Тетяна Іванівна	завідувач кафедри неврології державного некомерційного підприємства «Львівський національний медичний університету імені Д. Галицького», член групи експертів Міністерства охорони здоров'я України за напрямком «Неврологічна та нейрохірургічна допомога»;
Прокопів Марія Мирославівна Рахман Людмила Володимирівна	завідувач кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця; в.о.завідувача кафедри психіатрії та дитячої психіатрії, психотерапії та клінічної психології державного некомерційного підприємства "Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького",;
Хіміон Людмила Вікторівна	завідувач кафедри терапії, сімейної медицини, гематології і трансфузіології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика.

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	заступник директора – начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
----------------------------	---

Рецензенти:

Мельник Володимир Степанович	професор кафедри неврології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, д.мед.н., професор;
Огоренко Вікторія Вікторівна	завідувачка кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Дніпровського державного медичного університету, д.мед.н., професор;
Шкробот Світлана Іванівна	завідувачка кафедри неврології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, д.мед.н., професор.

Дата оновлення стандарту – 2030 рік

Перелік скорочень

ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
КТ	комп'ютерна томографія
ЛКР	легкий когнітивний розлад
MPT	магнітно-резонансна томографія
СМР	спинномозкова рідина
ХА	хвороба Альцгеймера
ADAS-Non Cog	Шкала некогнітивних розладів при хворобі Альцгеймера
A β 42, pTau і загальний тау-білок	біомаркери ліквору, які використовуються для діагностики ХА
eGFR	estimated glomerular filtration rate (розрахункова швидкість клубочкової фільтрації)
BADL	Бристольська шкала активності у повсякденному житті
NPI	нейропсихіатричний опитувальник (neuropsychiatric inventory)
MMSE	Короткий тест оцінки психічного статусу (mini mental state examination)
MoCA	Монреальський когнітивний тест (Montreal cognitive assessment)
Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_» та інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №_» та інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975
Форма № 028/о	форма первинної облікової документації № 028/о «Консультаційний висновок спеціаліста», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 683/20982

Розділ І. Організація надання медичної допомоги та спостереження пацієнтів з деменцією та легким когнітивним розладом

1. Положення стандарту медичної допомоги

Медична допомога пацієнтам із деменцією та легким когнітивним розладом (далі – ЛКР) надається в закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу і потребує міждисциплінарної співпраці й інтегрованого ведення пацієнтів мультидисциплінарною командою фахівців, до якої мають бути включені: лікар загальної практики-сімейний лікар, лікар-невропатолог, лікар-психіатр, лікар-психотерапевт, лікар-психолог, лікар-офтальмолог, лікар фізичної та реабілітаційної медицини, лікар-фізіотерапевт, лікар-радіолог, лікар-нейрохірург та фахівці з немедичною освітою: клінічний психолог, терапевт мови та мовлення, психотерапевт.

Скринінгове тестування пацієнтів зі скаргами на когнітивний дефіцит та при наявності факторів ризику розвитку деменції може бути здійснене лікарями загальної практики - сімейними лікарями. Лікарі різних спеціальностей повинні бути обізнані щодо основних факторів ризику та початкових клінічних проявів деменції з метою їх раннього виявлення та направлення пацієнта до відповідного фахівця.

2. Обґрунтування

Деменція є прогресуючим і, певною мірою, незворотнім клінічним синдромом, що характеризується значним ураженням когнітивних функцій: втратою пам'яті, зниженням швидкісних характеристик та продуктивності мислення, погіршенням мови, порушенням орієнтації, що, в свою чергу, призводить до зміни особистості, труднощів у повсякденній діяльності, поведінкових розладів. Усе це суттєво впливає на якість життя, як самих пацієнтів, так і їх оточення.

Ефективні системи комунікації, що відповідають індивідуальним потребам пацієнта, є дуже важливими для забезпечення своєчасної діагностики захворювання та направлення його до відповідного ЗОЗ.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) пацієнти зі встановленим діагнозом деменції або ЛКР перебувають під спостереженням лікарів загальної практики-сімейних лікарів або лікарів-невропатологів/лікарів-психіатрів;

2) наявність локально узгодженого клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП) з деменцією та ЛКР, що координує та інтегрує медичну допомогу для забезпечення своєчасної діагностики та лікування;

3) наявність задокументованого індивідуального плану обстеження та лікування, узгодженого з пацієнтом та, за його згодою, з членами сім'ї та/або з його законними представниками, і доступного мультидисциплінарній команді, що містить інформацію щодо діагнозу пацієнта, лікування та моніторингу його стану;

4) пацієнти та, за згодою, члени сім'ї/ їх законні представники, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта, плану лікування та подальшого моніторингу когнітивного та функціонального стану з

метою своєчасного виявлення змін та організації консультації відповідних лікарів, навчаються навичок, необхідних для поліпшення результатів медичної допомоги, забезпечуються контактами для отримання додаткової інформації та консультацій;

5) у випадку виявлення проблем життєзабезпечення пацієнта з деменцією, за необхідності – направлення до служби паліативної допомоги та/або соціального захисту;

6) надавачі медичних послуг розміщують інформаційні матеріали стосовно основних клінічних проявів різних форм деменції в доступних для пацієнтів місцях, а також на своїх веб-сайтах та офіційних сторінках ЗОЗ у соціальних мережах;

7) навчання та підтримка осіб, які доглядають за пацієнтом з деменцією у вирішенні труднощів по догляду.

Бажані:

8) надання психологічної підтримки та консультацій для членів сім'ї/законних представників.

Розділ II. Діагностика деменцій та ЛКР

1. Положення стандарту медичної допомоги

Синдром когнітивного дефіциту може бути запідозрений лікарем будь-якої спеціальності, як при фізикальному обстеженні, так і при оцінці скарг самого пацієнта та членів сім'ї/законних представників.

Діагноз синдрому ЛКР встановлюється при наявності ознак об'єктивної когнітивної недостатності, які представляють собою погіршення розумових функцій в порівнянні з попереднім вихідним станом, але які не є настільки серйозними, щоб перешкоджати незалежному функціонуванню. Порушення складних повсякденних розумових функцій сумісне з діагнозом ЛКР.

Підтвердження діагнозу деменції, синдрому ЛКР та хвороби Альцгеймера (далі – ХА), встановлення приналежності до певної нозологічної категорії здійснюється лікарями-невропатологами або лікарями-психіатрами на підставі анамнестичних та клінічних даних, результатів проведеного психологічного тестування, лабораторних та нейровізуалізаційних методів дослідження.

2. Обґрунтування

Під поняттям деменції розуміють зниження або втрату когнітивних функцій та повсякденних навичок. Здебільшого прогресуючий перебіг захворювання призводить до порушень часово-просторової орієнтації, комунікативних навичок, автобіографічної ідентичності та особистісних рис. Часто важка стадія деменції характеризується повною безпорадністю та залежністю від зовнішнього / навколишнього середовища. Особи з деменцією мають підвищений ризик супутніх захворювань та меншу тривалість життя. Через ці характеристики деменцію варто сприймати, як серйозне захворювання.

Метою діагностики деменції є виявлення захворювання на його ранніх стадіях. Термін відноситься до моменту встановлення діагнозу, який дає можливість особі, яка хворіє, отримати в подальшому найкраще лікування та догляд. Це означає, що діагноз має бути встановлений у той час, коли можна

використовувати ефективні методи лікування, що принесуть користь пацієнтам та уповільнять прогресування захворювання.

ХА розвивається дуже повільно і пацієнти, зазвичай, проходять стадію ЛКР. Перехід між ЛКР і деменцією не є чітко визначеним і діагностується за допомогою оцінки повсякденних навичок.

Обов'язковим симптомом типової ХА є порушення пам'яті гіпокампаального типу (наприклад, виявляється за допомогою тесту на пригадування з підказкою), а також діагноз має бути підтверджений за допомогою біомаркерів, що надає можливість діагностувати ХА, навіть якщо деменції ще немає, на стадії ЛКР. Наявність біомаркерів ХА – амілоїду та тау-білка необхідно підтвердити за допомогою лабораторної діагностики спинномозкової рідини (далі – СМР) або позитронно-емісійної комп'ютерної томографії (далі – ПЕТ).

Ознаки судинної деменції включають часте поєднання кількох неврологічних та нейропсихологічних синдромів у пацієнтів. Для судинної деменції характерним є флюктуючий перебіг, сходинкоподібне прогресування та минулі епізоди дезорієнтування і якісні порушення свідомості. Саме поєднання когнітивних порушень та вогнищового неврологічного дефіциту відрізняє судинну деменцію від ХА.

Важливим діагностичним критерієм судинної деменції є наявність цереброваскулярного захворювання, підтвердженого клінічними, біохімічними даними та даними генетичних досліджень, доплерографією судин головного мозку, нейровізуалізацією головного мозку.

Ознаки когнітивного дефіциту можуть зустрітися у практиці лікаря будь-якої спеціальності. Тому для його своєчасної діагностики має значення вміння лікарів визначити наявність ознак когнітивного дефіциту для подальшого направлення пацієнта до лікаря-невропатолога/лікаря-психіатра з метою встановлення ступеня когнітивного дефіциту (після патопсихологічного тестування) та діагнозу і призначення лікування.

У разі підозри на деменцію або ЛКР діагностика повинна бути послідовною. Обов'язкове застосування стандартного нейропсихіатричного опитувальника у випадках легкої або сумнівної деменції. Під час діагностики деменції і на регулярній основі після встановлення діагнозу необхідно проводити оцінку на наявність супутніх захворювань і ключових психіатричних особливостей, пов'язаних з деменцією, включаючи депресію і психоз.

Синдром деменції та ЛКР також може виникати при великій кількості захворювань з різними патофізіологічними механізмами та динамікою розвитку. Деякі захворювання, що призводять до когнітивного дефіциту, можуть мати цілком зворотній характер, тому вчасне встановлення коректного діагнозу може змінити перспективу лікування та наслідки для пацієнта.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) лікарі будь-якої спеціальності при виявленні симптомів когнітивних розладів, скарг пацієнта та/або членів сім'ї/законних представників на такі порушення та, враховуючи потенційні фактори ризику деменції (низький рівень освіти, порушення слуху, травма голови, артеріальна гіпертензія, ожиріння,

цукровий діабет, низький рівень фізичної активності, депресія, соціальна ізоляція, вживання >21 одиниці алкоголю на тиждень, тютюнопаління, проживання на забруднених територіях), мають направити пацієнта на консультацію до лікаря-невропатолога або лікаря-психіатра;

2) з метою діагностики деменції або ЛКР рекомендується провести опитування опікунів, за наявності та за згодою пацієнта, щодо функціональної здатності пацієнта;

3) варто оцінити здатність пацієнта надати згоду, його спроможність зрозуміти надану інформацію, особливості своєї хвороби та можливості її лікування, здатність виносити судження та приймати рішення, і на основі всього цього зробити загальну оцінку;

4) лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-невропатологи/лікарі-психіатри за згодою пацієнта та/або членів сім'ї/законних представників, повинні оцінити стан пацієнта за допомогою коротких когнітивних тестів, таких, як Короткий тест оцінки психічного статусу (далі – MMSE), наведеного у додатку 1 до цього Стандарту та/або Монреальський когнітивний тест (далі – MoCA), наведеного у додатку 2 до цього Стандарту. У разі не виявлення когнітивних порушень під час обстеження короткими тестами MMSE та/або, MoCA, лікар загальної практики-сімейний лікар повинен направити пацієнта до лікаря-невропатолога або лікаря-психіатра;

5) пацієнти із виявленими ознаками, за якими може бути запідозрена деменція або синдром ЛКР, направляються до лікаря-невропатолога або лікаря-психіатра для діагностики та встановлення діагнозу;

6) показаннями для обов'язкового направлення пацієнта на консультацію до лікаря-психіатра є наявність ознак депресії, тривоги, апатії, агресії, психотичних симптомів, розгальмованості або суїцидальної поведінки;

7) для встановлення діагнозу деменції лікар-невропатолог та/або лікар-психіатр проводить наступні діагностичні заходи:

оцінка та деталізація скарг;

збір анамнезу життя та хвороби (дебют симптомів, їх перебіг, тривалість), наявність коморбідних захворювань та супутньої терапії;

оцінка соматичного статусу;

оцінка неврологічного статусу;

оцінка психічного статусу (виявлення психічних та поведінкових порушень із застосуванням:

Нейропсихіатричного опитувальника (далі – NPI), наведеного у додатку 3 цього Стандарту;

Бристольської шкали активності у повсякденному житті (далі – BADL), наведеної у додатку 4 цього Стандарту;

8) провести обстеження на наявність депресії відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003;

9) провести лабораторні обстеження:

загальний аналіз крові;

біохімічний аналіз крові з визначенням показників: електролітів (Na^+ , K^+ , Ca^{2+}), аспартатамінотрансферази, гамма-глутамілтрансферази, креатиніну, сечовини, С-реактивного білка, тиреотропного гормону, вітаміну B_{12} ;

визначення розрахункової швидкості клубочкової фільтрації;

10) у випадку підозри на ненеуродегенеративну причину деменції (хвороба Кройцфельда-Якоба, енцефаліти, нормотензивна гідроцефалія тощо) провести люмбальну пункцію з дослідженням СМР;

11) провести нейровізуалізаційні дослідження:

магнітно-резонансна томографія (далі – МРТ) головного мозку або комп'ютерна томографія (далі – КТ) (проводиться у випадку протипоказань до проведення МРТ) для виявлення регіональної атрофії, зокрема, медіальної скроневої частки та ступінь судинного ураження за шкалою Фазекаса;

12) у випадках підозри на моногенну деменцію, при ранньому початку захворювання або позитивному сімейному анамнезі направити пацієнта на консультування до лікаря-генетика;

Бажані:

13) дослідження СМР на маркери ХА ($\text{A}\beta_{42}$, співвідношення $\text{A}\beta_{42}/\text{A}\beta_{40}$, загального тау-білка та рТау) проводяться у випадках деменції або ЛКР, якщо результат має очікуваний вплив на лікування (або за бажанням пацієнта);

14) біологічним родичам пацієнта, якому був встановлений діагноз ХА, за їх бажанням, може бути проведене скринінгове тестування у вигляді коротких тестів MMSE та MoCA а також дослідження СМР на маркери деменції при хворобі Альцгеймера для виявлення ймовірності розвитку ХА в майбутньому.

Розділ III. Лікування та спостереження за пацієнтами з деменцією та ЛКР

1. Положення стандарту медичної допомоги

Медична допомога пацієнтам з деменцією, зазвичай, здійснюється амбулаторно. Стаціонарне лікування є винятком, наприклад, у кризовій ситуації.

Лікування пацієнтів з деменцією призначається лікарем-невропатологом або лікарем-психіатром.

Терапія деменції включає медикаментозне та немедикаментозне лікування первинних симптомів деменції, когнітивних розладів, функціональних порушень, а також лікування психічних та поведінкових розладів. Ці методи повинні бути включені до комплексного плану лікування, та повинні базуватися на обґрунтованих рішеннях, адаптуватися до вимог окремих фаз захворювання. Центральним компонентом є інтеграція середовища догляду за пацієнтом.

Лікар загальної практики – сімейний лікар повинен проводити періодичний моніторинг когнітивного та функціонального стану пацієнта з деменцією, дотримання призначеного лікування для своєчасного виявлення змін і направлення пацієнта до лікаря-невропатолога або лікаря-психіатра для корекції терапії.

2. Обґрунтування

На даний час не існує методів, що можуть вилікувати деменцію. Водночас, напрацьований значний світовий досвід щодо поліпшення когнітивних, некогнітивних, емоційних та інших специфічних розладів за допомогою немедикаментозних і медикаментозних втручань.

Серед патопсихологічних симптомів, що потребують лікування, виділяють: депресію, страх, апатію, ажитацію, агресію, розлади сну (нічний неспокій/порушення ритму сну та неспання), вечірній неспокій (блукання).

Госпіталізація пацієнтів із деменцією до ЗОЗ, що спеціалізуються на діагностиці та лікуванні неврологічних або психічних захворювань та мають у своїй структурі відділення інтенсивної терапії, здійснюється у випадках:

психотичних явищ, що загрожують безпеці пацієнта або оточуючих;

вираженого психомоторного збудження, агресивної поведінки, виражених порушень сну, харчової поведінки або безпорадністю пацієнта та його критичного виснаження;

необхідності інтенсивної терапії у зв'язку із супутньою патологією, що ускладнює перебіг деменції.

Госпіталізація дієздатних осіб та осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, до ЗОЗ, що надає психіатричну допомогу здійснюється відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу».

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) лікування когнітивних порушень:

пацієнтам із ЛКР та деменцією легкого ступеня або їх законним представникам надаються рекомендації щодо когнітивних тренувань, лікувальної фізкультури, когнітивної стимуляції та фізичних тренувань (силові тренування та/або аеробні тренування) для покращення когнітивної функції;

когнітивні порушення, що відповідають деменції, є показанням до початку медикаментозної терапії;

у випадку деменції легкого та помірного ступеня пацієнтам призначаються інгібітори холінестерази (донепезил, ривастигмін або галантамін);

для лікування когнітивних функцій та здатності виконувати повсякденну діяльність при помірній або тяжкій ХА призначається мемантин;

для лікування когнітивних порушень при судинній деменції застосовуються лікарські засоби: донепезил, галантамін або мемантин;

для лікування деменції при хворобі Паркінсона рекомендовано застосовувати ривастигмін;

для лікування когнітивних функцій при легкій та помірній деменції при хворобі з тільцями Леві рекомендовано використовувати донепезил;

2) лікування психопатологічних та поведінкових симптомів варто розпочинати із застосування немедикаментозних методів: когнітивної стимуляції, проведення лікувальної фізкультури, музикотерапії, танцювальної терапії;

3) у випадку виявлення депресії у пацієнтів з ХА та іншими деменціями рекомендовані лікарські засоби з групи антидепресантів: сертралін та міртазапін;

у випадку симптомів тривоги у пацієнтів з деменцією призначають лікарські засоби з групи антидепресантів (есциталопрам, пароксетин, дулоксетин) та з групи анксиолітиків (прегабалін, опіпрамол, буспірон);

варто уникати застосування бензодіазепінів через можливість розвитку залежності з ризиком абстинентного маячіння, погіршенням когнітивних функцій і ризиком падінь. Якщо застосування все ж необхідне в окремому випадку, варто застосовувати найменшу можливу дозу бензодіазепіну короткої дії протягом короткого періоду часу;

у випадку виявлення психотичних симптомів (маячіння, галюцинації) лікуванням першої лінії є рисперидон (не застосовувати при хворобі з тільцями Леві або при хворобі Паркінсона рисперидон); спроба припинити лікування нейрореплетиками повинна проводитись кожні декілька тижнів;

4) за наявності епілептичних нападів у пацієнтів з деменцією лікування проводиться відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 квітня 2014 року № 276;

5) проводити геріатричне обстеження для людей з деменцією через регулярні проміжки часу;

6) проводити оцінку супутніх захворювань у пацієнтів з деменцією;

7) проводити регулярну оцінку лікування, щоб зменшити поліпрагмазію, взаємодію лікарських засобів і побічні ефекти;

8) рекомендуємо, щоб пацієнти з легкою деменцією або ЛКР проходили оцінку здатності керувати автомобілем принаймні раз на рік і частіше, якщо прогресування хвороби є клінічно значущим.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП) з деменцією та ЛКР.

2. Наявність у лікаря, який надає спеціалізовану медичну допомогу, КМП з деменцією та ЛКР.

3. Відсоток пацієнтів із деменцією та ЛКР, яким було проведено лабораторне визначення рівня вітаміну В₁₂.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря КМП з деменцією та ЛКР.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту медичної допомоги «Діагностика та лікування деменцій та легких когнітивних розладів» (далі - СМД).

Цей індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (далі – КМП) в регіоні. Якість надання медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями загальної практики-сімейними лікарями, зареєстрованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності внутрішніх документів ЗОЗ/КМП з деменцією та ЛКР.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики-сімейним лікарем.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Наявність у лікаря, який надає спеціалізовану медичну допомогу, КМП з деменцією та ЛКР.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Цей індикатор характеризує організаційний аспект запровадження КМП в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з деменцією та ЛКР, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з деменцією та ЛКР, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з деменцією та ЛКР, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з деменцією та ЛКР, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з деменцією та ЛКР, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з деменцією та ЛКР.

Джерелом інформації є КМП, наданий ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з деменцією та ЛКР.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Відсоток пацієнтів з деменцією та ЛКР, яким було проведено лабораторне визначення рівня вітаміну В₁₂.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Це показник, що оцінює відсоток пацієнтів, яким проведено лабораторне визначення рівня вітаміну В₁₂, для підтвердження діагнозу деменція та ЛКР. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього СМД не визначається заради запобігання викривлення реальної ситуації.

Організація, яка має обчислювати індикатор: інформаційно-аналітичні відділи ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з ЛКР та деменцією, розташовані на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Дані надаються лікарями, які надають медичну допомогу пацієнтам з деменцією та ЛКР, а саме: лікарями загальної практики-сімейними лікарями,

лікарями-невропатологами, лікарями-психіатрами.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки або автоматизована обробка за допомогою МІС та розраховується як відношення чисельника та займенника.

Індикатор обчислюється, після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з деменцією та ЛКР, незалежно від форми власності, розташованих на території обслуговування.

Знаменник індикатора складає загальна кількість осіб з діагнозом деменція та ЛКР, зареєстрованих впродовж звітного періоду на території обслуговування.

Джерелом інформації є: форма № 025/о; інформація з МІС.

Чисельник індикатора складає кількість осіб із підтвердженим діагнозом деменція та ЛКР, для яких задокументовано факт проведення лабораторного визначення рівня вітаміну В₁₂.

Джерелом інформації є: форма № 025/о; інформація з МІС.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Діагностика та лікування деменції та легких когнітивних розладів», 2025 рік, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 квітня 2014 року № 276 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при епілепсіях».
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 вересня 2024 року № 1581 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)»
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2025 року № 971 «Про затвердження сімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**В. о. директора Департаменту
медичних послуг**

Валерія СОРУЧАН

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
деменцій та легкого когнітивного
розладу»
(підпункт 1, пункту 3, розділу II)

Короткий тест оцінки психічного статусу (MMSE)

Прізвище _____ Вік _____

Інструкція: Слова, надруковані жирним шрифтом, дослідник повинен читати пацієнту голосно, чітко і повільно. У круглих дужках наводяться завдання або запитання для заміни. Перевірка повинна проводитися без сторонніх осіб і на рідній мові пацієнта. Якщо відповідь неправильна, обведіть 0, а якщо правильна – 1. Почніть з наступних двох запитань:

Чи є у Вас будь-які проблеми з пам'яттю?

Дозвольте задати Вам декілька запитань для перевірки Вашої пам'яті?

ВІДПОВІДЬ

БАЛ (обведіть одну цифру)

ОРІЄНТАЦІЯ У ЧАСІ

Який зараз рік?	_____	0	1
Яка зараз пора року?	_____	0	1
Який зараз місяць?	_____	0	1
Який сьогодні день тижня?	_____	0	1
Яке сьогодні число?	_____	0	1

ОРІЄНТАЦІЯ У ПРОСТОРІ*

Де ми знаходимося?

В якій країні (області)?	_____	0	1
В якій місцевості (місто або село)?	_____	0	1
В якому місті або селі (або районі)?	_____	0	1
В якій будівлі (назва або тип)?	_____	0	1
На якому поверсі (номер кабінету або адреса)?	_____	0	1

* Можна замінити питання відповідно до місцезнаходження

РЕЄСТРАЦІЯ*

Слухайте уважно. Я зараз назву три слова. Потім Ви їх повторите. Готові?

Ось ці слова: **ЯБЛУКО** (пауза), **КОПІЙКА** (пауза), **СТІЛ** (пауза). А зараз повторіть ці слова.

* Можна повторювати слова до 5 разів, проте кількість балів поставте за першу спробу.

ЯБЛУКО	_____	0	1
КОПІЙКА	_____	0	1
СТІЛ	_____	0	1

А зараз запам'ятасте ці слова. Через декілька хвилин я Вас попрошу ще раз мені їх назвати.

* Можна назвати і записати інші слова (наприклад, ПОНІ, гривна, АПЕЛЬСИН) і використати їх для повторної перевірки.

УВАГА І РАХУВАННЯ (ВІДНІМАННЯ СІМОК)*

А зараз я Вас попрошу від 100 відняти 7. Від отриманого числа відніміть ще раз 7 і так від кожної отриманої цифри і віднімайте 7 до тих пір, поки я Вас не зупиню.

Скільки буде, якщо від 100 відняти 7? (93)	_____	0	1
Якщо потрібно, скажіть: "Продовжуйте" (86)	_____	0	1
Якщо потрібно, скажіть: "Продовжуйте" (79)	_____	0	1
Якщо потрібно, скажіть: "Продовжуйте" (72)	_____	0	1
Якщо потрібно, скажіть: "Продовжуйте" (65)	_____	0	1

* Тільки якщо пацієнт відмовляється виконувати це завдання, можна попросити його вимовити по буквах слово "ЗЕМЛЯ" у зворотньому напрямку.

Це завдання дається тільки у тому разі, якщо пацієнт відмовився віднімати сімки.

Вимовіть слово "ЗЕМЛЯ" по буквах в прямому і зворотньому напрямку.

Якщо пацієнт помилився, називаючи букви у прямому напрямку, виправте його, проте оцінку ставте лише за букви, названі у зворотньому напрямку.

_____ (З=1) (Е=1) (М=1) (Л=1) (Я=1) _____ (від 0 до 5 балів)

ПАМ'ЯТЬ

Які три слова я Вас просив запам'ятати? (не робіть ніяких підказок)

ЯБЛУКО	_____	0	1
КОПІЙКА	_____	0	1
СТІЛ	_____	0	1

НАЗВИ ПРЕДМЕТІВ*

Що це? (покажіть олівець або ручку)	_____	0	1
Що це? (покажіть годинник)	_____	0	1

* Можна вказати на інші поширені предмети (наприклад, на окуляри, стілець, ключі)

ПОВТОРЕННЯ

А зараз я Вас попрошу повторити те, що я скажу. Готові? "Ніяких "якщо", "і" або "але". Повторіть.

(Можна робити до 5 спроб, але оцінку поставте за першу спробу).

Ніяких "ЯКЩО", "І" або "АЛЕ"	_____	0	1
------------------------------	-------	---	---

РОЗУМІННЯ

Послухайте уважно, оскільки зараз я Вас попрошу дещо зробити. Візьміть цей аркуш паперу у праву руку (пауза), складіть його навпіл (пауза), і покладіть на підлогу (або стіл).

ВЗЯВ У ПРАВУ РУКУ	_____	0	1
СКЛАВ НАВПІЛ	_____	0	1
ПОКЛАВ НА ПІДЛОГУ (або СТІЛ)	_____	0	1

ЧИТАННЯ

Прочитайте, будь ласка, те, що тут написано, і виконайте цю команду (Покажіть пацієнту речення на аркуші паперу).

ЗАКРИЙТЕ ОЧІ	_____	0	1
--------------	-------	---	---

ПИСЬМО

Напишіть, будь ласка, речення. (Якщо пацієнт не реагує, скажіть: "Напишіть про погоду") 0 1

Покладіть чистий аркуш паперу (не зігнутий) перед пацієнтом і дайте йому олівець або ручку. Поставте 1 бал, якщо речення є повним і містить іменник і дієслово. Не звертайте уваги на граматичні помилки.

МАЛЮВАННЯ

Скопіюйте, будь ласка, цей малюнок. (Покажіть пересічні п'ятикутники).

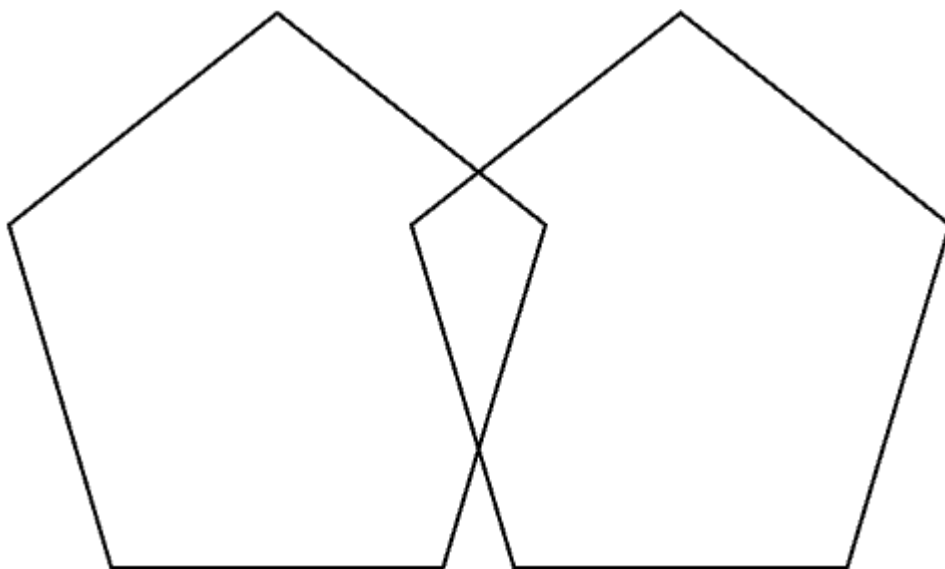
Поставте 1 бал, якщо на малюнку пацієнта є 2 п'ятикутні фігури, які перетинаються з утворенням 4-сторонньої фігури.

Загальна оцінка рівня свідомості

Жвавий (гарна реакція)	Сонливий	Ступор	Коматозний стан (відсутність реакції)
------------------------	----------	--------	---------------------------------------

Наступну сторінку відірвіть по лінії перфорації, а потім розірвіть її пополам по горизонтальній лінії. Верхню половину сторінки (чисту) використовуйте для наступних завдань "РОЗУМІННЯ", "ПИСЬМО", "МАЛЮВАННЯ". Нижню половину сторінки використовуйте для читання ("ЗАКРИЙТЕ ОЧІ") і малювання (пересічні п'ятикутники).

ЗАКРИЙТЕ ОЧІ



Загальна оцінка за тестом MMSE в нормі складає 28-30 балів.

Орієнтовна категоризація тяжкості деменції наступна:

легкий ступінь деменції від 20 до 30 балів
 середній ступінь тяжкості від 10 до 19 балів
 важка деменція від 0 до 9 балів.

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
деменцій та легкого когнітивного
розладу»
(підпункт 1, пункту 3, розділу II)

Монреальський когнітивний тест (MoCA)

Інструкція із застосування й оцінки

Монреальський Когнітивний Тест (MoCA) був розроблений як швидкий інструмент для визначення помірної когнітивної дисфункції. Він оцінює різні когнітивні аспекти: увагу й концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мову, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, рахунок і орієнтацію. Час виконання MoCA тесту приблизно 10 хвилин. Максимально можливий результат - 30 балів. Результат 26 балів і вище розглядається як норма.

1. Альтернативний взаємозв'язок:

Керівництво:

Екзаменатор інструктує обстежуваного: *"Будь ласка, намалюйте лінію, що йде від цифри до літери у висхідному порядку. Почніть звідси [вказати на одиницю] і намалюйте лінію, що йде від цифри «1» до літери «А», потім до цифри «2» і так далі. Закінчите тут [вказати на букву «Д»]"*.

Підрахунок:

Зараховується один бал, якщо обстежуваний успішно намалював наступний паттерн: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д, без пересічних ліній. Бал не зараховується, якщо є будь-яка помилка, що не була негайно самостійно виправлена.

2. Зорово-конструктивні навички (Куб):

Керівництво:

Екзаменатор дає наступні інструкції, указуючи на **куб**: *"Нижче у вільному місці скопіюйте цей малюнок так точно, як можете"*.

Підрахунок:

Зараховується один бал за точно виконаний малюнок.

Малюнок повинен бути трьохмірно-просторовий;

Усі лінії повинні бути скопійовані;

Не повинно бути зайвих ліній;

Лінії повинні бути відносно паралельні й однакової довжини (прямокутні призми прийнятні).

Бал не зараховується, якщо не виконаний будь-який із перерахованих вище критеріїв.

3. Зорово-конструктивні навички (Годинник):

Керівництво:

Укажіть на праву верхню третину аркуша і дайте наступні інструкції: *"Намалюйте годинник. Поставте на циферблаті усі цифри й укажіть час 10 хвилин на дванадцяті"*.

Підрахунок:

Зараховується один бал за кожний із наступних трьох критеріїв:

Контур (1 бал): циферблат повинен виглядати як коло, припустимі тільки незначні викривлення (наприклад, незначний дефект змикання кола);

Цифри (1 бал): повинні бути присутні усі цифри циферблату, не повинно бути, додаткових цифр; цифри повинні розташовуватися в правильному порядку й у відповідних квадрантах на

циферблаті; римські цифри прийнятні; цифри можуть бути розташовані за межами контуру циферблату.

Стрілки (1 бал): повинно бути дві стрілки, що спільно вказують на вірний час; годинна стрілка повинна бути чітко коротшою, аніж хвилинна; стрілки повинні розміщуватися в центрі циферблату і їх з'єднання повинне бути близько до центру годинника.

Бал не зараховується за даний пункт, якщо будь-який із перерахованих вище критеріїв недотримано.

4. Назви:

Керівництво:

Починаючи зліва, указуючи на кожний малюнок запитати: *"Назвіть цю тварину"*.

Підрахунок:

Один бал присуджується за кожну правильну відповідь: (1) верблюд, (2) лев, (3) носоріг.

5. Пам'ять:

Керівництво:

Екзаменатор читає список з 5 слів із частотою одне слово за секунду, даючи наступні інструкції: *"Це тест для перевірки пам'яті. Я прочитаю кілька слів, які Ви повинні запам'ятати. Слухайте уважно. Коли я прочитаю, повторіть стільки слів, скільки Ви запам'ятали. Не має значення, у якому порядку Ви їх назвете"*. Позначте у відповідному полі названі обстежуваним слова в цій першій спробі. Коли обстежуваний покаже, що він (вона) закінчив (повторив усі слова), або не може згадати більше слів, прочитайте список другий раз із наступними інструкціями: *"Я прочитаю ті ж кілька слів другий раз. Спробуйте їх запам'ятати й назвати мені стільки слів, скільки Ви можете, включаючи слова, які Ви назвали перший раз"*. Позначте у відповідному полі названі обстежуваним слова після другої спроби.

Після закінчення другої спроби проінформуйте обстежуваного про те, що Ви попросите його (її) повторити ці слова знову: *"Наприкінці тесту я попрошу Вас повторити ці слова знову"*.

Підрахунок:

У цьому завданні бали не присуджуються ні за першу, ні за другу спробу.

6. Увага:

Повторення цифр у прямому порядку:

Керівництво:

Дайте наступні інструкції: *"Я збираюся назвати декілька цифр. Після того, як я їх назву, повторіть ці цифри в тому ж порядку"*. Прочитайте п'ять цифр із частотою одна цифра за секунду.

Повторення цифр у зворотному порядку:

Керівництво:

Дайте наступні інструкції: *"Тепер я збираюся назвати ще кілька цифр, але ви повинні повторити їх у зворотному порядку"*. Прочитайте три цифри із частотою одна цифра за секунду.

Підрахунок:

Додайте один бал за кожне вірно виконане завдання (NB.: вірна відповідь для завдання з повторення цифр у зворотному порядку 2-4-7).

Пильність:

Керівництво:

Екзаменатор читає список літер із частотою одна літера за секунду після наступних інструкцій: *"Я збираюся прочитати ряд літер. Щоразу, коли я назву літеру "А" вдарте долонею по столу один раз. Якщо я назву іншу літеру, не треба ударяти долонею"*.

Підрахунок:

Додається один бал, якщо немає помилок або є тільки одна помилка (помилкою вважається удар долонею при називанні іншої літери або відсутність удару при проголошенні літери "А").

Послідовний рахунок:

Керівництво:

Екзаменатор дає наступну інструкцію: *"Тепер я попрошу Вас відняти 7 від 100, потім віднімайте 7 від Вашої відповіді й так доти, поки я Вас не зупиню"*. Дайте цю інструкцію двічі, якщо необхідно.

Підрахунок:

За це завдання може бути максимально присуджено три бали. Бали не присуджуються, якщо не було дано жодної правильної відповіді. Один бал присуджується за одну правильну відповідь, два бали – за дві або три правильні відповіді і три бали, якщо обстежуваний дав чотири або п'ять правильних відповідей. Кожне віднімання оцінюється незалежно; якщо обстежуваний відповів неправильно, але потім правильно відняв 7 від неправильної відповіді, надайте 1 бал за кожну правильну відповідь. Наприклад, обстежуваний може відповісти "92 - 85 - 78 - 71 - 64", де "92" неправильна відповідь, але всі інші вирахування зроблені правильно. Це одна помилка, й у цьому випадку необхідно надати 3 бали за це завдання.

7. Повторення фрази:

Керівництво:

Екзаменатор дає наступні інструкції: *"Я прочитаю Вам речення. Повторіть його з точністю так, як я скажу [пауза]": "Я упевнений в одному, тільки Євген – це той, хто може сьогодні допомогти"*. Після відповіді скажіть: *"Тепер я прочитаю Вам інше речення. Повторіть його з точністю як я скажу [пауза]": "Кім завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті"*.

Підрахунок:

Додайте 1 бал за кожне точно повторене речення. Повторення повинне бути **абсолютно точним**. Не повинно бути пропусків слів (наприклад: пропуск слів "тільки", "завжди") і заміни / додавання (наприклад: "Євген – це той, хто допоможе сьогодні", заміни "ховається" замість "ховався", вживання множинного числа і так далі).

8. Вербальна швидкість:

Керівництво:

Екзаменатор дає наступні інструкції: *"За одну хвилину назвіть мені стільки слів, скільки зможете, які починаються з певної літери алфавіту, яку я зараз Вам запропоную. Ви можете називати будь-які слова, крім власних імен (наприклад: Євген або Київ), чисел і слів, які мають однаковий корінь, але різні суфікси (наприклад: дружба, дружити, друг). Ви готові? [Пауза] Тепер назвіть мені стільки слів, скільки зможете, які починаються з літери "Н" [60 секунд]. Хвилина закінчилась"*.

Підрахунок:

Додається один бал, якщо обстежуваний назвав за одну хвилину 11 або більше слів. Позначте у відповідному полі кількість названих слів.

9. Абстракція:

Керівництво:

Екзаменатор просить обстежуваного пояснити спільне поміж двома словами, починаючи з прикладу: *"Скажіть, що спільного між: яблуком і апельсином?"* Якщо обстежуваний не дає конкретну відповідь, скажіть ще (тільки один раз): *"Скажіть, що ще спільного поміж ними?"* Якщо обстежуваний не дає правильну відповідь (фрукти), скажіть: *"Так, це вони обидва – фрукти"*. Не давайте додаткових інструкцій і роз'яснень.

Після цього прикладу, скажіть: *"Тепер назвіть, що спільного поміж: поїздом і велосипедом"*. Після відповіді дайте наступне завдання: *"Тепер скажіть, що спільного між: лінійкою й годинником"*. Не давайте додаткових інструкцій і роз'яснень.

Підрахунок:

Тільки два останні порівняння оцінюються. Додається 1 бал за кожну правильну відповідь. Наступні відповіді прийнятні:

Поїзд – велосипед = мається на увазі транспорт, засоби пересування, на обох можна їздити.

Лінійка – годинник = вимірювальні інструменти, використовуються для виміру.

Наступні відповіді неприйнятні: поїзд – велосипед = обидва мають колеса; лінійка – годинник = на обох намальовані цифри.

10. Пам'ять:

Керівництво:

Екзаменатор дає наступні інструкції: *"Кілька хвилин назад я прочитав Вам декілька слів і попросив їх запам'ятати. Назвіть мені стільки слів, скільки Ви запам'ятали"*. Позначте правильно названі слова у відповідному полі. Не давайте ніяких підказок.

Підрахунок:

Додається 1 бал за кожне назване слово без будь-яких підказок.

Необов'язково (опціонально):

Після спроби згадати слова без підказок використовуйте семантичні категоріальні підказки, наведені нижче, для кожного неназваного слова. Якщо обстежуваний не зміг згадати слова після категоріальних підказок, зробіть підказку множинного вибору, що складається зі списку слів для вибору, використовуючи наступну інструкцію: *"Яке із цих трьох слів, на Ваш погляд було названо НІС, ОБЛИЧЧЯ, РУКА?"* Зробіть позначку в спеціально відведеному місці, якщо обстежуваний згадав слово за допомогою категоріальної підказки або підказки множинного вибору. Використовуйте наступні категоріальні підказки й/або підказки множинного вибору:

	<u>категоріальна підказка</u>	<u>підказка множинного вибору</u>
<i>ОБЛИЧЧЯ:</i>	<i>частина тіла</i>	<i>ніс, обличчя, рука</i>
<i>ОКСАМИТ:</i>	<i>вид тканини</i>	<i>бавовна, синтетика, оксамит</i>
<i>ШКОЛА:</i>	<i>вид будинку</i>	<i>церква, школа, лікарня</i>
<i>РОМАШКА:</i>	<i>квітка</i>	<i>троянда, ромашка, тюльпан</i>
<i>ЧЕРВОНІЙ:</i>	<i>колір</i>	<i>червоний, синій, зелений</i>

Підрахунок:

За відповіді з підказками бали не надаються. Підказки використовуються тільки для одержання клінічної інформації й можуть дати екзаменаторові додаткову інформацію про тип розладу пам'яті. При розладі пам'яті, що характеризується утрудненням відтворення інформації, результат може бути поліпшений за допомогою підказок. При розладі пам'яті, що характеризується утрудненням запам'ятовування й зберігання інформації, результат не поліпшується за допомогою підказок.

11. Орієнтація:

Керівництво:

Екзаменатор дає наступні інструкції: *"Назвіть мені сьогоднішню дату"*. Якщо обстежуваний не дає повної відповіді, дайте відповідну підказку: *"Назвіть рік, місяць, точну дату й день тижня"*. Після чого скажіть: *"Тепер назвіть мені назву місця, де ми зараз перебуваємо, і назву міста"*.

Підрахунок:

Додається один бал за кожну правильну відповідь (рік, місяць, дата, день, місце, місто). Обстежуваний повинен назвати точну дату й точне місце де він перебуває (назва лікарні, відділення). Бал за конкретне питання не нараховується, якщо обстежуваний зробив будь-яку помилку при відповіді на це питання.

Сумарна кількість балів:

Сума балів за кожне завдання підраховується на правому боці аркуша. Додайте 1 бал, якщо обстежуваний отримав освіту 12 років або менше. Максимальний результат за цим тестом – 30 балів.

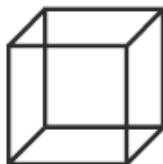
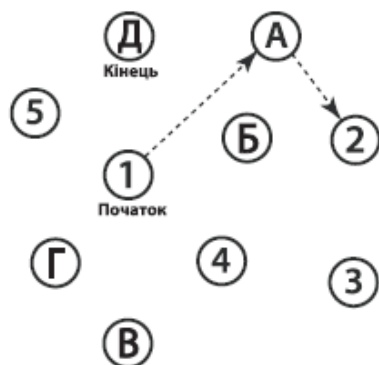
Остаточна сума балів 26 і більше розглядається як норма.

МОНРЕАЛЬСЬКИЙ КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ (МОСА)

Ім'я:
Освіта:
Стать:

Дата народження:
ДАТА:

ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ / ВИКОНАВЧИ НАВИЧКИ



Скопіюйте
куб

Намалюйте ГОДИННИК
(10 хвилин на дванадцять)
(3 бали)

БАЛИ:

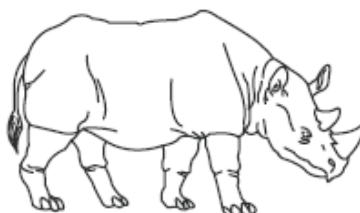
[] [] []
Контур Цифри Стрілки

___/5

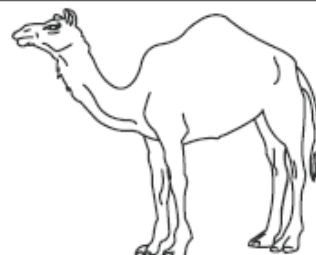
НАЗВИ



[]



[]



[]

___/3

ПАМ'ЯТЬ

Прочитайте список слів.
Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби,
навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після
першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин.

	ОБЛИЧЧЯ	ОКСАМИТ	ШКОЛА	РОМАШКА	ЧЕРВОНІЙ
1 спроба					
2 спроба					

Бали не
додаються

УВАГА

Прочитайте список цифр
(1 цифра/сек)

Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку [] 2 1 8 5 4
Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку [] 7 4 2

___/2

Прочитайте список букв. Обстежуваний повинен вдарити долонею по столу кожен раз при проголошенні букви А. Бали не додаються, якщо є дві або більше помилок.

[] Ф Б А С М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б

___/1

Серійне віднімання 7 починаючи зі 100.

[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65
4 або 5 правильних віднімань: 3 бали, 2 або 3 прав, відн.: 2 бали, 1 прав, відн.: 1 бал, 0 прав, відн.: 0 балів

___/3

МОВА

Повторіть: Я упевнений в одному, тільки Євген - це той, хто може сьогодні допомогти []
Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті []

___/2

Вербальна швидкість / Назвати за одну хвилину максимальну кількість слів, що починаються з букви Н [] ____ (N ≥ 11 слів)

___/1

АБСТРАКЦІЯ

Спільне між словами, наприклад, яблуко і апельсин = фрукти [] поїзд і велосипед [] лінійка й годинник

___/2

ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ

Повторені слова
БЕЗ ПІДКАЗКИ

ОБЛИЧЧЯ	ОКСАМИТ	ШКОЛА	РОМАШКА	ЧЕРВОНІЙ
[]	[]	[]	[]	[]

Бали присуджуються
тільки за названі
слова без підказок

___/5

ОПЦІЙНО

Категоріальна підказка
Список слів для вибору

ОРІЄНТАЦІЯ

[] Дата [] Місяць [] Рік [] День тижня [] Місце [] Місто

___/6

© Z. Nasreddine MD Версія 7.1
Переклад: Труфанов Є.О. MD PhD
Тестування проводив:

www.mocatest.org

Норма ≥ 26 / 30

Сума балів:

Додайте 1 бал, якщо освіта ≤ 12

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування деменцій
та легкого когнітивного розладу»
(підпункт 4, пункту 3, розділу II)

Нейропсихіатричний опитувальник (NPI)

Інструкція по роботі з опитувальником

I. Мета опитувальника NPI

Метою нейропсихіатричного опитувальника (NPI) є отримання інформації про наявність психопатології у пацієнтів з патологією головного мозку. NPI було розроблено для пацієнтів з хворобою Альцгеймера та інших типів деменції, але його також можна використовувати для оцінки змін поведінки при інших захворюваннях. До NPI включено десять поведінкових і два нейровегетативних розділи:

Маячні ідеї
Галюцинації
Збудження/Агресія
Депресія
Тривога
Піднесений настрій/Ейфорія
Апатія/Байдужість
Розгальмованість
Дратівливість
Аномальна рухова активність

Розлади сну та поведінки вночі
Розлади апетиту та поведінки пов'язаної з прийомом їжі

II. Застосування опитувальника NPI

A. Співбесіда за NPI

NPI ґрунтується на відповідях інформованої особи, яка здійснює догляд за пацієнтом, перевага надається тим, хто проживає разом із пацієнтом. Якщо інформованого спостерігача немає, тоді цей опитувальник не може бути використано, або його слід модифікувати. Краще проводити співбесіду з доглядачем у відсутності пацієнта, щоб легше було налагодити відверту розмову про особливості поведінки пацієнта, оскільки у присутності пацієнта їх обговорювати складно. Коли Ви знайомите доглядача з NPI, необхідно звернути його увагу на наступне:

- Мета співбесіди
- Оцінки - частоти, вираженості, дистресу (опис наведено нижче)
- Відповіді стосуються змін в поведінці, що виникли згодом після початку захворювання, які спостерігались впродовж останніх чотирьох тижнів або за інший певний період.
- Зазвичай на запитання можна відповісти «так» чи «ні», і відповіді повинні бути короткими.

Починаючи опитування, скажіть доглядачеві: «Мета цих питань – оцінити поведінку Вашого [чоловіка/дружини/і т.д.]. Зазвичай на них можна відповісти «так» чи «ні», тому намагайтеся

відповідати стисло». Якщо доглядач починає відповідати дуже детально, повідомляючи при цьому дуже мало корисної інформації, йому/їй можна нагадати про необхідність давати короткі відповіді. Деякі запитання, що постають під час опитування, можуть бути емоційно важкими для доглядачів, тому опитувач повинен запевнити доглядача в тому, що після закінчення опитування вони обговорять ці проблеми детальніше.

Запитання слід ставити так точно, як вони написані. Запитання слід пояснювати, якщо доглядач не розуміє його. Коли Ви пояснюєте питання, його можна перефразовувати, використовуючи синонімічні слова або терміни.

В. Зміни в поведінці

Запитання в цьому розділі спрямовані на те, щоб встановити, які зміни в поведінці пацієнта відбулись з початку захворювання. Особливості поведінки, які спостерігались у пацієнта впродовж життя і які не змінилися протягом захворювання, не беруться до уваги при виставленні балів, навіть якщо вони є відхиленнями від норми (наприклад, тривога, депресія). Враховуються ті особливості поведінки, які спостерігались у пацієнта впродовж життя, але змінилися з часу захворювання (наприклад, пацієнт завжди був схильний до апатії, але її ступінь за період оцінки помітно зростає).

Зазвичай за допомогою NPI оцінюють зміни в поведінці пацієнта, які відбулись за певний період часу (наприклад, за останні чотири тижні або за інший певний відрізок часу). У деяких дослідженнях опитувальник NPI можна використовувати для оцінки змін, що відбулися як відповідь на терапію, або змін з часу останнього візиту пацієнта до лікаря. Період часу, вказаний у запитанні, тоді можна міняти, щоб запитання стосувалося нещодавніх змін. Наприклад, питання можна сформулювати так: «З тих пір, як він/вона почав/-ла приймати нові препарати...» або «З тих пір, як дозування препарату _____ було збільшено...».

С. Скринінгові запитання

Скринінгове запитання ставлять, щоб визначити, чи присутня дана зміна в поведінці. Якщо відповідь на скринінгове запитання негативна, зробіть позначку НІ та переходьте до наступного скринінгового запитання, не ставлячи підзапитань. Якщо відповідь на скринінгове запитання позитивна або якщо у відповіді доглядача є деяка невпевненість, або якщо існує деяка невідповідність між відповіддю та іншою інформацією, відомою лікарю (наприклад, доглядач відповідає негативно на скринінгове запитання про ейфорію, але пацієнт виглядає ейфоричним на думку лікаря), тоді в цій категорії зробіть позначку ТАК і розгляньте її детальніше за допомогою підзапитань. Якщо відповіді на підзапитання підтверджують відповідь на скринінгове запитання, оцініть вираженість і частоту прояву симптому відповідно до критеріїв, наведених для кожної категорії поведінки.

В деяких випадках доглядач може дати позитивну відповідь на скринінгове запитання і негативні відповіді на усі підзапитання. В цьому випадку попросіть доглядача детально розповісти, чому він позитивно відповів на скринінгове питання. Якщо інформація, яку дає доглядач, значуща для сфери даної поведінки, але сформульована по-іншому, вираженість і частоту цього симптому оцінюють як завжди. Якщо первинна ствердна відповідь була помилковою, і жодне з підзапитань не стосується стану пацієнта, тоді відповідь на скринінгове питання слід замінити на «НІ».

Окремі розділи, такі як запитання щодо змін в апетиті, складено таким чином, щоб можна було встановити, наростає чи зменшується вираженість поведінки (підвищився чи зменшився апетит або вага). Якщо доглядач відповідає «так» на перше з парних запитань (наприклад, «вага пацієнта зменшилась?»), не потрібно ставити друге запитання («вага пацієнта збільшилась?»), оскільки відповідь на друге запитання міститься у відповіді на перше. Якщо доглядач відповідає «ні» на перше парне запитання, слід поставити друге запитання.

Д. Оцінка частоти і вираженості

Оцінюючи вираженість і частоту, використовуйте типи поведінки, визначені в підзапитаннях як ті, що найбільше відхиляються від норми. Наприклад, якщо доглядач розповідає, що велику проблему становить опір пацієнта, то для оцінки частоти і вираженості збудження використовуйте саме

симптом «опір», коли Ви ставите йому підзапитання розділу про збудження. Якщо два типи поведінки дуже проблематичні, використовуйте частоту і вираженість обох типів поведінки для підрахунку балів за цим пунктом. Наприклад, якщо у пацієнта виявляється два або більше видів маячення, тоді враховуйте вираженість і частоту всіх маячних типів поведінки, щоб сформулювати питання стосовно вираженості і частоти.

Оцінюючи частоту, скажіть респонденту «Тепер я хочу з'ясувати, як часто це [назвіть симптом, використовуючи опис типів поведінки в підзапитаннях, які респондент назвав найпроблематичнішими] відбувається. «Як Вам здається, це відбувається рідше, ніж один раз на тиждень; приблизно один раз на тиждень; декілька разів на тиждень, але не щодня; або щодня?» Деякі симптоми, такі як апатія, зрештою, стають постійними, і тоді відповідь «постійно присутні» можна тлумачити як «щодня».

Оцінюючи вираженість симптому, скажіть респонденту: «Тепер мені хотілося б з'ясувати, наскільки виражені ці симптоми. Під вираженістю симптомів я розумію те, наскільки турбують вони пацієнта або в якій мірі вони впливають на його спроможність. Як Ви вважаєте, чи [розлади поведінки] у нього/неї легкі, помірні або тяжкі?» Для кожного розділу наведено додаткові описи ступенів вираженості, за їх допомогою опитувач може уточнити, яким є кожен ступінь вираженості. В кожному випадку переконайтеся, що доглядач дає точну відповідь щодо частоти і вираженості типів поведінки. На підставі Вашої розмови не намагайтесь робити здогадів стосовно того, що б міг сказати доглядач.

Ми вважаємо, що буде корисним надати доглядачеві аркуш паперу, на якому наведено описи частоти і вираженості (рідше одного разу на тиждень, приблизно один раз на тиждень, декілька разів на тиждень та щодня або постійно - для частоти; і легка, помірна, тяжка – для вираженості), щоб у нього/неї була можливість бачити перед собою всі варіанти відповідей. Окрім того, це позбавить дослідника необхідності постійно повторювати варіанти відповідей для кожного запитання.

Е. Неприйнятні розділи

Деякі групи питань можуть не підходити для характеристики пацієнтів в особливо важкому стані або в інших особливих випадках. Наприклад, прикуті до ліжка пацієнти можуть мати галюцинації або збудження, але не можуть проявляти аномальну рухливу активність. Якщо лікар або доглядач вважає, що дані питання не підходять для характеристики стану пацієнта, тоді цей розділ необхідно відзначити «Не прийнятно» (верхній правий кут у кожній секції), та жодна інша інформація туди більше не записується. Так само, якщо у лікаря складається враження, що відповіді доглядача неадекватні (наприклад, здається, що доглядач не зрозумів певну групу питань), розділ теж слід помітити «Не прийнятно».

Ф. Нейровегетативні зміни

Розділи 11 (сон) та 12 (апетит) було додано після першої публікації NPI (Cummings et al, 1994). Ці розділи було включено, оскільки вони стосуються проблем, притаманних хворобі Альцгеймера та іншим типам деменції. У деяких пацієнтів вони складають частину депресивного синдрому, та їх було спеціально виключено з підшкали дисфорії NPI, для того щоб зосередити увагу на симптомах, пов'язаних з настроєм. Ці два симптоми зазвичай не включають до підсумкового балу NPI, і вони можуть включатись не в усі протоколи.

Г. Дистрес доглядача (NPI-D)

Коли всі пункти опитувальника заповнено, а доглядач оцінив частоту та вираженість, можливо, Ви захочете поставити доглядачу запитання щодо його/її дистресу, пов'язаного з доглядом. Для цього запитайте доглядача, в якій мірі він/вона відчуває «емоційний або психологічний» дистрес через поведінку пацієнта, яку Ви щойно обговорювали. Доглядач повинен оцінити свій дистрес за п'ятибальною шкалою: 0 – відсутність дистресу, 1 – мінімальний, 2 – легкий, 3 – помірний, 4 – помірно тяжкий, 5 – дуже тяжкий або надзвичайний.

III. Виставлення балів за NPI

Частоту оцінюють наступним чином:

- 1 - Рідко – рідше одного разу на тиждень
- 2 - Іноді – приблизно один раз на тиждень
- 3 - Часто – декілька разів на тиждень, але рідше, ніж щодня
- 4 - Дуже часто – щодня або майже постійна присутність

Вираженість оцінюють наступним чином:

- 1 - Легка – спричиняє незначний дистрес у пацієнта
- 2 - Помірна – більшою мірою непокоїть пацієнта, але може бути переспрямована доглядачем
- 3 - Тяжка – дуже непокоїть пацієнта і погано переспрямовується

Виставлення балів по кожному пункту: кількість балів по пункту = частота x вираженість.

Дистрес оцінюється таким чином:

- 0 – відсутність дистресу
- 1 – мінімальний
- 2 – легкий
- 3 – помірний
- 4 – помірно тяжкий
- 5 – дуже тяжкий або надзвичайний.

Таким чином, для кожного із розділів поведінки виставляють 4 оцінки:

- Частота
- Вираженість
- Підсумковий бал (частота x вираженість)
- Дистрес доглядача

Підсумковий бал NPI - це сума балів перших 10 пунктів. В більшості випадків два нейровегетативних пункти не включають до підсумкового балу NPI. Якщо їх включають, тоді вкажіть, що бали виставляють за 12 розділами, а не за 10 розділами. Оцінку дистресу не включають до підсумкового балу NPI. Підсумковий бал дистресу є сумою балів, виставлених за питання по дистресу за перші 10 або всі 12 пунктів NPI; окремо вкажіть, чи виставляють бал за 10 або 12 пунктами.

А. Маячні ідеї

Чи є у пацієнта переконання, які, Ви знаєте, не відповідають реальності (наприклад, він наполягає, що хтось намагається нашкодити йому, або у нього щось намагаються вкрати)? Чи говорив він коли-небудь, що члени його сім'ї – не ті, за кого вони себе видають, або що дім не є їх домом? Я питаю не про просту недовірливість; мене цікавить, чи є у пацієнта переконаність в тому, що все це відбувається.

НІ (Якщо немає, переходьте до наступного скринінгового питання).

ТАК (Якщо так, переходьте до підзапитань).

1. Чи вважає пацієнт, що він/вона в небезпеці, що хтось хоче заподіяти йому/їй шкоду? _____
2. Чи вважає пацієнт, що інші крадуть що-небудь у нього/неї? _____
3. Чи вважає пацієнт, що у його жінки/її чоловіка є коханець/коханка? _____
4. Чи вважає пацієнт, що в його/її будинку живуть непрошені гості? _____
5. Чи вважає пацієнт, що його жінка/її чоловік або інші люди насправді не ті, за кого вони себе видають? _____
6. Чи вважає пацієнт, що його/її будинок – це не його/її будинок? _____
7. Чи вважає пацієнт, що члени його/її сім'ї хочуть покинути його/її? _____
8. Чи вважає пацієнт, що люди які з'являються на телевізійному екрані або в журналах, знаходяться у нього/неї вдома? [Чи намагається він/вона говорити і спілкуватися з ними?] _____
9. Чи є у пацієнта ще які-небудь ідеї, які я не сказав/-ла? _____

Якщо скринінгове питання підтверджується, визначте частоту та вираженість маячних ідей.

- Частота:
1. Рідко - менше, ніж один раз на тиждень.
 2. Інколи - приблизно один раз на тиждень.
 3. Часто - декілька разів на тиждень, але рідше, ніж щодня.
 4. Дуже часто - один раз на день або частіше.

- Вираженість:
1. Легка - маячні ідеї присутні, але не здаються шкідливими та спричиняють незначний дистрес у пацієнта.
 2. Помірна - маячні ідеї спричиняють дистрес та стурбованість.
 3. Сильна - маячні ідеї спричиняють значну стурбованість та є основною причиною неадекватної поведінки пацієнта. [Якщо пацієнт періодично приймає за призначенням препарати, це вказує на те, що маячні ідеї виявляються у важкій формі].

- Дистрес:
- Наскільки тяжкий емоційний дистрес (тобто негативний стрес) викликає у Вас цей симптом?
0. Дистресу немає
 1. Мінімальний
 2. Легкий
 3. Помірний
 4. Тяжкий
 5. Дуже тяжкий або надзвичайний

В. Галюцинації

Чи є у пацієнта галюцинації, наприклад, він бачить неіснуюче або чує неіснуючі голоси? Чи здається Вам, що він бачить, чує або відчуває щось, чого немає насправді? Ми маємо на увазі не помилкові переконання пацієнта, наприклад, що людина, яка померла, все ще жива; ми запитуємо, чи є у пацієнта аномальні слухові або зорові відчуття.

НІ (Якщо немає, переходьте до наступного скринінгового питання).

ТАК (Якщо так, переходьте до підзапитань).

1. Чи розповідає пацієнт про те, що чує голоси, або поводить ся так, ніби чує голоси? _____
2. Чи розмовляє пацієнт з людьми, яких насправді немає поряд? _____
3. Чи розповідає пацієнт про те, що він бачить те, чого не бачать інші, або поводить ся так, ніби бачить те, чого не бачать інші (людей, тварин, світло і т.д.)? _____
4. Чи говорить пацієнт, що відчуває запахи, яких не відчувають інші? _____
5. Чи розповідає пацієнт про те, що він відчуває дотики, або показує яким-небудь іншим чином, що він відчуває, ніби по ньому щось повзає або його чіпають? _____
6. Чи розповідає пацієнт про те, що він відчуває який-небудь смак без яких-небудь на те причин? _____
7. Чи розповідає пацієнт про те, що у нього виникають які-небудь інші незвичайні сенсорні відчуття? _____

Якщо скринінгове питання підтверджується, визначте частоту та вираженість галюцинацій.

- Частота:
1. Рідко - менше, ніж один раз на тиждень.
 2. Інколи - приблизно один раз на тиждень.
 3. Часто - декілька разів на тиждень, але рідше, ніж щодня.
 4. Дуже часто - один раз на день або частіше.

- Вираженість:
1. Легка - галюцинації присутні, але не здаються шкідливими та спричиняють незначний дистрес у пацієнта.
 2. Помірна - галюцинації спричиняють дистрес та стурбованість у пацієнта.
 3. Сильна - галюцинації спричиняють значну стурбованість та є основною причиною неадекватної поведінки пацієнта. Лікарські засоби за призначенням можуть бути необхідні для контролю галюцинацій.

- Дистрес:
- Наскільки тяжкий емоційний дистрес (тобто негативний стрес) викликає у Вас цей симптом?
0. Дистресу немає
 1. Мінімальний
 2. Легкий
 3. Помірний
 4. Тяжкий
 5. Дуже тяжкий або надзвичайний

С. Збудження/Агресія

Чи бувають у пацієнта періоди, коли він/вона відмовляється взаємодіяти або не дозволяє допомогати йому/їй? З ним важко ладнати?

НІ (Якщо немає, переходьте до наступного скринінгового питання).

ТАК (Якщо так, переходьте до підзапитань).

1. Чи пацієнт засмучується, якщо хтось намагається йому допомогти, чи опирається таким діям, як миття або перевдягання? _____
2. Чи упирається пацієнт, чи наполягає на тому, щоб було так, як він хоче? _____
3. Пацієнт не хоче взаємодіяти, опирається допомозі інших людей? _____
4. Чи є у пацієнта яка-небудь інша поведінка, через яку з ним важко ладнати? _____
5. Пацієнт кричить або гнівно лається? _____
6. Чи гримає пацієнт дверима, штовхає меблі, кидається речами? _____
7. Чи намагається пацієнт заподіяти біль або вдарити кого-небудь? _____
8. Чи присутня у пацієнта інша агресивна або збуджена поведінка? _____

Якщо скринінгове питання підтверджується, визначте частоту та вираженість збудження/агресії.

- Частота:
1. Рідко - менше, ніж один раз на тиждень.
 2. Інколи - приблизно один раз на тиждень.
 3. Часто - декілька разів на тиждень, але рідше, ніж щодня.
 4. Дуже часто - один раз на день або частіше.

- Вираженість:
1. Легка - поведінка збуджена, але нею можна керувати шляхом переспрямування або розради.
 2. Помірна - поведінка збуджена, та її важко переспрямувати або контролювати.
 3. Сильна - дуже збуджена та є основною причиною труднощів; може існувати загроза персональної шкоди. Часто потрібні ліки.

- Дистрес: Наскільки тяжкий емоційний дистрес (тобто негативний стрес) викликає у Вас цей симптом?
0. Дистресу немає
 1. Мінімальний
 2. Легкий
 3. Помірний
 4. Тяжкий
 5. Дуже тяжкий або надзвичайний

D. Депресія/Дисфорія

Чи виглядає пацієнт сумним або пригніченим? Чи говорить він/вона, що почувається сумним або пригніченим?

НІ (Якщо немає, переходьте до наступного скринінгового питання).

ТАК (Якщо так, переходьте до підзапитань).

1. Чи бувають у пацієнта напади нестримного плачу або ридань, які, як здається, вказують на те, що пацієнту сумно? _____
2. Чи пацієнт розмовляє або поводитьься так, ніби він/вона сумує або є не в гуморі? _____
3. Чи принижує пацієнт себе або говорить, що відчуває себе невдахою? _____
4. Чи говорить пацієнт, що він/вона погана людина або заслуговує покарання? _____
5. Чи здається, що пацієнт ніби не вірить в свої сили або говорить, що у нього/неї немає майбутнього? _____
6. Чи говорить пацієнт, що він/вона – тягар для сім'ї або що сім'ї без нього/неї було б краще? _____
7. Чи виражає пацієнт бажання померти або говорить про те, щоб вбити себе? _____
8. Чи проявляє пацієнт інші ознаки депресії або смутку? _____

Якщо скринінгове питання підтверджується, визначте частоту та вираженість депресії.

- Частота:
1. Рідко - менше, ніж один раз на тиждень.
 2. Інколи - приблизно один раз на тиждень.
 3. Часто - декілька разів на тиждень, але рідше, ніж щодня.
 4. Дуже часто - майже постійна присутність.

- Вираженість:
1. Легка - депресія спричиняє дистрес але зазвичай реагує на переспрямування або розраду.
 2. Помірна - депресія спричиняє дистрес, симптоми депресії спонтанно повідомляються пацієнтом, та їх важко позбутися.
 3. Сильна - депресія спричиняє дуже тяжкий дистрес та є основною причиною страждань пацієнта.

- Дистрес:
- Наскільки тяжкий емоційний дистрес (тобто негативний стрес) викликає у Вас цей симптом?
0. Дистресу немає
 1. Мінімальний
 2. Легкий
 3. Помірний
 4. Тяжкий
 5. Дуже тяжкий або надзвичайний

Е. Тривога

Чи буває пацієнт дуже нервовим, стурбованим або наляканим без очевидних причин? Чи виглядає він/вона дуже напруженим/ою або неспокійним/ою? Чи боїться пацієнт бути нарізно від Вас?

НІ (Якщо немає, переходьте до наступного скринінгового питання).

ТАК (Якщо так, переходьте до підзапитань).

1. Чи говорить пацієнт, що він/вона стурбований/а щодо запланованих подій? _____
2. Чи бувають у пацієнта напади, коли він/вона тремтить, не може розслабитися або занадто напружений/а? _____
3. Чи бувають у пацієнта періоди [або він/вона скаржиться], коли у нього/неї є задишка, він/вона хапає повітря або зітхає без будь-якої очевидної причини, окрім нервозності? _____
4. Чи скаржиться пацієнт на нервові тремтіння в шлунку, або прискорене чи посилене серцебиття, викликане нервозністю? [Симптоми не пояснюються поганим станом здоров'я] _____
5. Чи уникає пацієнт певних місць або ситуацій, які викликають нервозний стан, такі як їзда на машині, зустріч з друзями або знаходження в натовпі? _____
6. Чи пацієнт нервує та засмучається, коли розлучається з Вами [або його/її доглядачем]? [Чи тримається пацієнт за Вас, щоб вас не розділили?]
7. Чи проявляє пацієнт інші ознаки тривоги? _____

Якщо скринінгове питання підтверджується, визначте частоту та вираженість тривоги.

- Частота:
1. Рідко - менше, ніж один раз на тиждень.
 2. Інколи - приблизно один раз на тиждень.
 3. Часто - декілька разів на тиждень, але рідше, ніж щодня.
 4. Дуже часто - один раз на день або частіше.

- Вираженість:
1. Легка - тривога спричиняє дистрес але зазвичай реагує на переспрямовування або розраду.
 2. Помірна - тривога спричиняє дистрес, симптоми тривоги спонтанно повідомляються пацієнтом, та їх важко позбутися.
 3. Сильна - тривога спричиняє дуже тяжкий дистрес та є основною причиною страждань пацієнта.

- Дистрес:
- Наскільки тяжкий емоційний дистрес (тобто негативний стрес) викликає у Вас цей симптом?
0. Дистресу немає
 1. Мінімальний
 2. Легкий
 3. Помірний
 4. Тяжкий
 5. Дуже тяжкий або надзвичайний

F. Піднесений настрій/Ейфорія

Чи здається пацієнт дуже веселим або дуже щасливим без видимих на те причин? Я не маю на увазі звичайне відчуття радості від зустрічей з друзями, отримання подарунків або від проведення часу з членами сім'ї. Я питаю про те, чи знаходиться пацієнт постійно в не нормально гарному настрої або знаходить смішним те, що інші смішним не вважають.

НІ (Якщо немає, переходьте до наступного скринінгового питання).

ТАК (Якщо так, переходьте до підзапитань).

1. Чи здається, що пацієнт відчуває себе дуже добре або дуже щасливим по-іншому, ніж зазвичай? _____
2. Чи пацієнт бачить гумор та сміється над тим, що інші не знаходять смішним? _____
3. Чи складається враження, що у пацієнта дитяче відчуття гумору, що у нього є схильність хихикати або недоречно сміятися (наприклад, коли з іншими відбувається що-небудь неприємне)? _____
4. Чи розповідає пацієнт анекдоти або відпускає зауваження, які сам пацієнт вважає смішними, але в яких мало смішного з погляду інших? _____
5. Чи він/вона по-дитячому пустує, наприклад, щипається або дуріє просто так, щоб потішитися? _____
6. Чи схильний пацієнт величатися або говорити, що він здатний зробити значно більше, ніж насправді, або що він багатший, ніж насправді? _____
7. Чи проявляє пацієнт які-небудь інші ознаки того, що він дуже добре себе відчуває або що він надмірно щасливий? _____

Якщо скринінгове питання підтверджується, визначте частоту та вираженість піднесеного настрою/ейфорії.

- Частота:
1. Рідко - менше, ніж один раз на тиждень.
 2. Інколи - приблизно один раз на тиждень.
 3. Часто - декілька разів на тиждень, але рідше, ніж щодня.
 4. Дуже часто - майже постійна присутність.

- Вираженість:
1. Легка - піднесений настрій помітний для друзів та сім'ї, але не критичний.
 2. Помірна - піднесений настрій помітно ненормальний.
 3. Сильна - піднесений настрій дуже виражений; пацієнт ейфоричний та вважає смішним майже все.

- Дистрес:
- Наскільки тяжкий емоційний дистрес (тобто негативний стрес) викликає у Вас цей симптом?
0. Дистресу немає
 1. Мінімальний
 2. Легкий
 3. Помірний
 4. Тяжкий
 5. Дуже тяжкий або надзвичайний

G. Апатія/Байдужість

Чи пропав інтерес у пацієнта до навколишнього світу? Чи пропав у нього/неї інтерес до того, щоб щось робити або, можливо, у нього/неї не вистачає мотивації, щоб почати робити щось нове? Чи важче залучити його/її в розмову або залучити до щоденної домашньої роботи? Чи схильний він/вона до апатії, чи відсутня у нього/неї зацікавленість в тому, що оточує?

НІ (Якщо немає, переходьте до наступного скринінгового питання).

ТАК (Якщо так, переходьте до підзапитань).

1. Чи здається пацієнт менш спонтанним в своїх діях і менш активним, ніж зазвичай? _____
2. Чи складається враження, що пацієнт не схильний починати розмову? _____
3. Чи пацієнт менш ніжний та менш емоційний у порівнянні з тим, який він/вона є зазвичай? _____
4. Чи можна сказати, що пацієнт менше займається щоденними домашніми справами? _____
5. Чи здається, що пацієнта менше цікавлять діяльність та плани інших? _____
6. Чи втратив пацієнт інтерес до друзів і членів своєї сім'ї? _____
7. Чи пацієнт проявляє менше ентузіазму по відношенню до того, що його зазвичай цікавило? _____
8. Чи проявляє пацієнт будь-які інші ознаки того, що йому/їй байдуже виконання нових справ? _____

Якщо скринінгове питання підтверджується, визначте частоту та вираженість апатії/байдужості.

Частота:

1. Рідко - менше, ніж один раз на тиждень.
2. Інколи - приблизно один раз на тиждень.
3. Часто - декілька разів на тиждень, але рідше, ніж щодня.
4. Дуже часто - майже постійна присутність.

Вираженість:

1. Легка - апатія помітна, але спричиняє незначний вплив на повсякденну діяльність; тільки незначно відрізняється від звичайної поведінки пацієнта; пацієнт відповідає на пропозиції прийняти участь у діяльності.
2. Помірна - апатія дуже помітна; може бути подолана доглядом за допомогою підбадьорення та заохочення; відповідає спонтанно тільки на серйозні події, такі як візит близьких родичів або членів родини.
3. Сильна - апатія дуже помітна та зазвичай підбадьорення та зовнішні події не спрацьовують.

Дистрес:

Наскільки тяжкий емоційний дистрес (тобто негативний стрес) викликає у Вас цей симптом?

0. Дистресу немає
1. Мінімальний
2. Легкий
3. Помірний
4. Тяжкий
5. Дуже тяжкий або надзвичайний

Н. Розгальмованість

Чи створюється у Вас враження, що пацієнт діє імпульсивно, не роздумуючи? Чи говорить він щось, або робить що-небудь таке, що не прийнято говорити або робити на людях? Чи здійснює він вчинки, через які ніяково Вам або оточуючим?

НІ (Якщо немає, переходьте до наступного скринінгового питання). ТАК (Якщо так, переходьте до підзапитань).

1. Чи пацієнт діє імпульсивно, без роздумів про наслідки? _____
2. Чи говорить пацієнт з незнайомими людьми так, ніби він їх знає? _____
3. Чи говорить пацієнт іншим людям якісь нетактовні речі або ображає їх почуття? _____
4. Чи говорить пацієнт грубості або непристойності, які зазвичай би він не сказав? _____
5. Чи говорить пацієнт відкрито про проблеми особистого або інтимного плану, які зазвичай не обговорюються на людях? _____
6. Чи дозволяє пацієнт собі вільності, чи чіпає або обіймає інших так, як йому/їй не притаманно? _____
7. Чи є ще які-небудь ознаки того, що пацієнт втратив контроль над своїми поривами? _____

Якщо скринінгове питання підтверджується, визначте частоту та вираженість розгальмованості.

- Частота:
1. Рідко - менше, ніж один раз на тиждень.
 2. Інколи - приблизно один раз на тиждень.
 3. Часто - декілька разів на тиждень, але рідше, ніж щодня.
 4. Дуже часто - майже постійна присутність.

- Вираженість:
1. Легка - розгальмованість помітна, але зазвичай реагує на переспрямування та керування.
 2. Помірна - розгальмованість дуже помітна, та доглядачеві її важко подолати.
 3. Сильна - розгальмованість зазвичай не реагує на жодні втручання доглядача та є причиною ніяковості або соціального дистресу.

- Дистрес: Наскільки тяжкий емоційний дистрес (тобто негативний стрес) викликає у Вас цей симптом?
0. Дистресу немає
 1. Мінімальний
 2. Легкий
 3. Помірний
 4. Тяжкий
 5. Дуже тяжкий або надзвичайний

I. Дратівливість

Чи легко пацієнт гарячиться і виходить з себе? Чи легко він піддається змінам настрою? Чи проявляє пацієнт надмірну нетерплячість? Я питаю не про ті ситуації, коли людина турбується через втрату пам'яті або нездатності робити звичайні речі; мені цікаво дізнатися, чи спостерігається у пацієнта аномальна дратівливість, нетерплячість або різкі зміни настрою, зазвичай не характерні для нього?

НІ (Якщо немає, переходьте до наступного скринінгового питання).

ТАК (Якщо так, переходьте до підзапитань).

1. Чи можна сказати, що у пацієнта важка вдача, що він «виходить із себе» через дурниці? _____
2. Чи спостерігаються у пацієнта різкі зміни настрою: то був у гарному настрої, а через хвилину вже сердитий? _____
3. Чи бувають у пацієнта раптові спалахи гніву? _____
4. Чи проявляє пацієнт нетерплячість, наприклад, можливо, він/вона не виносить, коли що-небудь відкладають, або йому/їй важко дочекатися запланованих подій? _____
5. Чи пацієнт примхливий або дратівливий? _____
6. Чи пацієнт схильний до суперечок, і з ним важко поладнати? _____
7. Чи спостерігаються у пацієнта ще які-небудь ознаки дратівливості? _____

Якщо скринінгове питання підтверджується, визначте частоту та вираженість дратівливості.

- Частота:
1. Рідко - менше, ніж один раз на тиждень.
 2. Інколи - приблизно один раз на тиждень.
 3. Часто - декілька разів на тиждень, але рідше, ніж щодня.
 4. Дуже часто - майже постійна присутність.

- Вираженість:
1. Легка - дратівливість або емоційна лабільність помітна, але зазвичай реагує на переспрашування або розраду.
 2. Помірна - дратівливість та емоційна лабільність дуже помітні, і їх важко подолати доглядачеві.
 3. Сильна - дратівливість та емоційна лабільність дуже помітні, вони зазвичай не реагують на жодні втручання доглядача та вони є основною причиною дистресу.

- Дистрес:
- Наскільки тяжкий емоційний дистрес (тобто негативний стрес) викликає у Вас цей симптом?
0. Дистресу немає
 1. Мінімальний
 2. Легкий
 3. Помірний
 4. Тяжкий
 5. Дуже тяжкий або надзвичайний

Ж. Аномальна рухова активність

Чи ходить пацієнт туди-сюди, чи робить знову і знову одне й те саме, наприклад, постійно відкриває двері шаф, висуває шухляди столу, постійно смикає що-небудь в руках, крутить в руках вірьовки або нитки?

НІ (Якщо немає, переходьте до наступного скринінгового питання).

ТАК (Якщо так, переходьте до підзапитань).

1. Чи ходить пацієнт безцільно по будинку туди-сюди? _____
2. Чи є у пацієнта схильність постійно заглядати в шафи і шухляди столів, ритися в них, діставати все звідти? _____
3. Чи є у пацієнта схильність постійно роздягатися і одягатися? _____
4. Чи є якісь дії, які пацієнт повторює знову і знову, які-небудь дивні звички? _____
5. Чи робить пацієнт постійне одне і те ж, наприклад, розстібає і застібає гудзики, намотує мотузок і т.д.? _____
6. Чи спостерігається у пацієнта надмірна метушливість, чи здається Вам, що він не в змозі спокійно сидіти, чи смикає він ногами або постукує весь час пальцями? _____
7. Чи є ще які-небудь дії, які пацієнт повторює знову і знову? _____

Якщо скринінгове питання підтверджується, визначте частоту та вираженість аномальної рухливої активності:

- Частота:
1. Рідко - менше, ніж один раз на тиждень.
 2. Інколи - приблизно один раз на тиждень.
 3. Часто - декілька разів на тиждень, але рідше, ніж щодня.
 4. Дуже часто - майже постійна присутність.

- Вираженість:
1. Легка - аномальна рухлива активність помітна, але спричиняє незначний вплив на повсякденну діяльність.
 2. Помірна - аномальна рухлива активність дуже помітна; може бути подолана доглядачем.
 3. Сильна - аномальна рухлива активність дуже помітна; зазвичай не реагує на жодні втручання доглядача, та вона є основною причиною дистресу.

- Дистрес:
- Наскільки тяжкий емоційний дистрес (тобто негативний стрес) викликає у Вас цей симптом?
0. Дистресу немає
 1. Мінімальний
 2. Легкий
 3. Помірний
 4. Тяжкий
 5. Дуже тяжкий або надзвичайний

К. Розлади сну та поведінки вночі

Чи має пацієнт труднощі зі сном (не враховується, якщо пацієнт просто один або два рази за ніч встає, щоб сходити в туалет, та швидко засинає знову)? Чи він/вона не спить вночі? Чи він/вона блукає вночі, вдягається або турбує Ваш сон?

НІ (Якщо немає, переходьте до наступного скринінгового питання).

ТАК (Якщо так, переходьте до підзапитань).

1. Чи має пацієнт труднощі із засинанням? _____
2. Чи встає пацієнт протягом ночі (не враховується, якщо пацієнт просто один або два рази за ніч встає, щоб сходити в туалет, та швидко засинає знову)? _____
3. Чи пацієнт ходить, блукає або займається неприйнятними справами вночі? _____
4. Чи пацієнт будить Вас вночі? _____
5. Чи пацієнт просинається вночі, вдягається та планує йти кудись вважаючи, що вже ранок та вже час почати день? _____
6. Чи пацієнт просинається занадто рано вранці (раніше ніж він/вона зазвичай це робить)? _____
7. Чи пацієнт занадто спить вдень? _____
8. Чи пацієнт має інші відхилення поведінки вночі, що турбують Вас, про які ми не говорили? _____

Якщо скринінгове питання підтверджується, визначте частоту та вираженість розладів сну та поведінки вночі.

- Частота:
1. Рідко - менше, ніж один раз на тиждень.
 2. Інколи - приблизно один раз на тиждень.
 3. Часто - декілька разів на тиждень, але рідше, ніж щодня.
 4. Дуже часто - один раз на день або частіше (кожну ніч)

- Вираженість:
1. Легка - проблеми з поведінкою вночі бувають, але вони не є критичними.
 2. Помірна - проблеми з поведінкою вночі бувають та турбують пацієнта та сон доглядача; більше ніж один тип проблем з поведінкою вночі може бути присутнім.
 3. Сильна - проблеми з поведінкою вночі бувають; декілька типів проблем з поведінкою вночі можуть бути присутніми; пацієнт перебуває у значному дистресі протягом ночі, та сон доглядача сильно стурбований.

- Дистрес:
- Наскільки тяжкий емоційний дистрес (тобто негативний стрес) викликає у Вас цей симптом?
0. Дистресу немає
 1. Мінімальний
 2. Легкий
 3. Помірний
 4. Тяжкий
 5. Дуже тяжкий або надзвичайний

L. Розлади апетиту та поведінки, пов'язаної з прийомом їжі

Чи має пацієнт будь-які зміни апетиту, ваги або звичок харчування (вважайте не прийнятним, якщо пацієнт паралізований та потребує годування)? Чи були будь-які зміни у різновидах їжі, яким він/вона надавали перевагу?

НІ (Якщо немає, переходьте до наступного скринінгового питання).

ТАК (Якщо так, переходьте до підзапитань).

1. Чи пацієнт втрачав апетит? _____
2. Чи мав пацієнт збільшення апетиту? _____
3. Чи пацієнт втратив вагу? _____
4. Чи пацієнт набрав вагу? _____
5. Чи пацієнт мав зміни у звичках харчування, наприклад, став класти собі у рот одразу забагато їжі? _____
6. Чи пацієнт мав зміни у своїх звичках стосовно своєї улюбленої їжі, наприклад, їв забагато солодощів або інших специфічних видів їжі? _____
7. Чи у пацієнта розвинулись звички харчування з вживанням тих самих видів харчів кожен день або вживання їх у тому самому особливому порядку? _____
8. Чи були ще якісь зміни в апетиті або звичках харчування, про які я не запитав? _____

Якщо скринінгове питання підтверджується, визначте частоту та вираженість розладів апетиту та поведінки, пов'язаної з прийомом їжі.

- Частота:
1. Рідко - менше, ніж один раз на тиждень.
 2. Інколи - приблизно один раз на тиждень.
 3. Часто - декілька разів на тиждень, але рідше, ніж щодня.
 4. Дуже часто - один раз на день або частіше, або майже постійна присутність

- Вираженість:
1. Легка - зміни в апетиті або харчових звичках присутні, але не призвели до змін у вазі та не турбують.
 2. Помірна - зміни в апетиті або харчових звичках присутні та призводять до незначних коливань ваги.
 3. Сильна - очевидні зміни в апетиті або харчових звичках присутні та призводять до коливань ваги, вони засмучують або ж турбують пацієнта.

- Дистрес: Наскільки тяжкий емоційний дистрес (тобто негативний стрес) викликає у Вас цей симптом?
0. Дистресу немає
 1. Мінімальний
 2. Легкий
 3. Помірний
 4. Тяжкий
 5. Дуже тяжкий або надзвичайний
- _____

Бристольська шкала активності у повсякденному житті (BADL)

Шкала BADL використовується для оцінювання чинників життєдіяльності (приготування їжі, одягання, умивання, гігієнічних навичок, пересування, орієнтації та інше). Оцінка здійснюється лікарем за 3-х бальною системою (від 0 балів до 3-х балів). Критерії бальних оцінок представлені у шкалі BADL в формі ранжированих тверджень.

1. Приготування їжі.

- А. Може обрати продукти та приготувати відповідну їжу (0 балів).
- Б. Може приготувати їжу, якщо інгредієнти, приготовані попередньо (1 бал).
- В. Може готувати їжу, якщо пацієнта спонукати до кожного етапу (2 бали).
- Г. Не може готувати їжу, навіть при підказці (спонуканні) та нагляді (3 бали).
- Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

2. Вживання їжі.

- А. Приймає їжу як завжди, правильно використовуючи прибори (0 балів).
- Б. Приймає їжу як завжди, якщо вона приготована, або використовує тільки ложку (1 бал).
- В. Використовує пальці для їжі (2 бали).
- Г. Вимагає стороннього годування (3 бали).
- Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

3. Приготування напоїв.

- А. Може обрати інгредієнти та приготувати напої (0 балів).
- Б. Може приготувати напої, якщо інгредієнти підготовано (1 бал).
- В. Може приготувати напої при спонуканні (покроковій підказці) до кожного етапу (2 бали).
- Г. Не може приготувати напої, навіть при спонуканні (підказці) та нагляді (3 бали).
- Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

4. Вживання напоїв.

- А. П'є як завжди (0 балів).
- Б. П'є за допомогою пристроїв (1 бал).
- В. Не може пити самостійно, але намагається (2 бали).

Г. П'є тільки зі сторонньою допомогою (3 бали).

Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

5. Одягання.

А. Обирає відповідний одяг і самостійно одягається (0 балів).

Б. Одягає одяг в неправильному порядку / задом наперед / одягається неохайно (1 бал).

В. Самостійне одягання неможливо, але пацієнт намагається (2 бали).

Г. Не здатний допомагати одягання, не вимагає одягання (3 бали).

Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

6. Умивання.

А. Умивається регулярно і незалежно (0 балів).

Б. Може вмиватися, якщо дати мило, серветки, рушники і т.ін. (1 бал).

В. Може вмиватися самостійно при нагадуванні кожного з етапів та під наглядом (2 бали).

Г. Не може вмиватися самостійно, потребує сторонньої допомоги (3 бали).

Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

7. Чищення зубів.

А. Чистить зуби самостійно, регулярно (0 балів).

Б. Чистить зуби, якщо отримує відповідні вказівки (1 бал).

В. Вимагає часткової допомоги: видавлювання пасти на щітку та ін. (2 бали).

Г. Вимагає сторонньої допомоги (3 бали).

Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

8. Прийняття ванни / душу.

А. Приймає регулярно і незалежно (0 балів).

Б. Вимагає, щоб ванна була наливою, душ включений, але миється самостійно (1 бал).

В. Вимагає нагляду і спонукання до прийняття ванни / душу (2 бали).

Г. Повна залежність, вимагає повної підтримки (3 бали).

Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

9. Користування туалетом

А. Користується туалетом нормально, коли це необхідно (0 балів).

Б. Вимагає супроводу в туалет та допомоги у користуванні (1 бал).

В. Не тримає сечу або кал (2 бали).

Г. Не тримає сечу та кал (3 бали).

Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

10. Пересування.

А. Може сідати в крісло та вставати з нього (0 балів).

- Б. Може сідати в крісло, але потребує допомоги, щоб встати з нього (1 бал).
- В. Потребує допомоги, щоб сісти в крісло та встати з нього (2 бали).
- Г. Повна залежність: повинен бути посаджений в крісло та піднятий з нього (3 бали).
- Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

11. Хода.

- А. Ходить незалежно (0 балів).
- Б. Ходить з підтримкою за меблі, руку та ін. (1 бал).
- В. Використовує пристрої для ходьби: ходунки, палицю та ін. (2 бали).
- Г. Повна неможливість ходити (3 бали).
- Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

12. Орієнтація в часі.

- А. Повністю орієнтований в часі (дата, день тижня та ін.) (0 балів).
- Б. Не знає часу/дати та ін., але не виглядає дезорієнтованим (1 бал).
- В. Постійно питає дату, день тижня та ін. (2 бали).
- Г. Плутає день і ніч (3 бали).
- Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

13. Орієнтація на місці.

- А. Повністю орієнтований в навколишній обстановці (0 балів).
- Б. Орієнтується тільки в добре знайомій обстановці (1 бал).
- В. Губиться в межах свого будинку, вимагає нагадування, де ванна та ін. (2 бали).
- Г. Не розпізнає свій будинок, як свій, намагається його покинути (3 бали).
- Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

14. Комунікація.

- А. Здатний до повної адекватної розмови (0 балів).
- Б. Демонструє розуміння, намагається відповідати словами, жестами (1 бал).
- В. Розуміє себе, але відчуває труднощі в розумінні інших (2 бали).
- Г. Не відповідає на звернення інших осіб, повністю порушена комунікація (3 бали).
- Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

15. Користування телефоном.

- А. Використовує телефон за призначенням (0 балів).
- Б. Використовує телефон, якщо номер названий, або представлений в письмовому вигляді (1 бал).
- В. Відповідає на дзвінки, але не може здійснювати їх (2 бали).
- Г. Не в змозі використати телефон взагалі (3 бали).

Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

16. Робота по дому / саду.

А. Може виконувати домашню роботу на колишньому рівні (0 балів).

Б. Може виконувати домашню роботу, але не на колишньому рівні (1 бал).

В. Обмежена участь в домашній роботі, навіть під наглядом (2 бали).

Г. Нездатність / небажання брати участь у попередній активності (3 бали).

Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

17. Здатність робити покупки.

А. Робить покупки, як і раніше (0 балів).

Б. Може зробити 1 або 2 покупки за списком або без нього (1 бал).

В. Нездатність робити покупки самостійно, але може брати участь у закупівлях за допомогою інших осіб (2 бали).

Г. Нездатність робити покупки, навіть за допомогою інших осіб (3 бали).

Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

18. Розпорядження фінансами.

А. Відповідальність за власні фінанси на колишньому рівні (0 балів).

Б. Не може виписати квитанцію, але може написати ім'я та визначити грошовий обсяг (1 бал).

В. Може написати ім'я, але не може визначити грошовий обсяг (2 бали).

Г. Не може написати ім'я та визначити грошовий обсяг (3 бали).

Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

19. Ігри / хобі.

А. Займається на колишньому рівні (0 балів).

Б. Бере участь, але вимагає інструкцій / нагляду (1 бал).

В. Чинить опір при намаганні включення до гри, грає дуже повільно, необхідні вмовляння (2 бали).

Г. Не в змозі брати участь або проявляє повне небажання приєднуватися до гри (3 бали).

Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

20. Користування транспортом.

А. Здатний водити машину, мотоцикл, або користуватися громадським транспортом самостійно (0 балів).

Б. Не може водити, але користується громадським транспортом або велосипедом (1 бал).

В. Не може користуватися громадським транспортом самостійно (2 бали).

Г. Не може або не хоче користуватися громадським транспортом, навіть у супроводі (3 бали).

Д. Не підходить жоден з варіантів (0 балів).

Інтерпретація результатів.

Для оцінки результатів здійснюється підрахунок тяжкості порушення кожної функції життєдіяльності пацієнта і загальний бал порушень активності у повсякденному житті.
