

**Karta całościowej oceny geriatrycznej**

Nazwisko i imię..... PESEL.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uwagi .....

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

Inne testy\* .....

Uzależnienie od leków Tak/Nie..... Jatrogeny zespół geriatryczny  
 ..... Przebyte TIA: Tak/Nie Udar: Tak/Nie

**Parametry o znaczeniu rokowniczym**

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

\* opcjonalnie

**Wnioski diagnostyczne/lecznicze:**

.....

.....

.....

**Zalecenia lekarza geriatry:**

.....

.....

.....

.....

*Pieczczę i podpis lekarza*