

RADAR

Reconeixement Actiu del Delírium Adaptat a la seva Rutina

Pacient:

Professional:

Data:

Hora:

Quan heu donat la medicació al/la pacient: (marqui Sí o No):

1. El/la pacient estava somnolent/a?

Sí / No

2. El/la pacient tenia dificultats per seguir les vostres instruccions?

Sí / No

3. El/la pacient tenia els moviments alentits?

Sí / No

Instruccions específiques

Ítem de RADAR	Instruccions
El/la pacient estava somnolent/a?	Tenia tendència a adormir-se? Tenia dificultats per mantenir-se despert/a?
El/la pacient tenia dificultats per seguir les vostres instruccions?	Ha pres la medicació quan li heu donat? Ha estirat la mà? S'ha dut la medicació a la boca? Ha pres el vas d'aigua (o n'ha begut) quan li heu ofert? Ha seguit visualment els moviments o gests que feieu mentre li parlàveu (contacte visual)?
El/la pacient tenia els moviments alentits?	Es movia lentament? Estava alentit/da en asseure's, caminar o rebre la medicació?
Si observeu algun d'aquests comportaments des que administreu la medicació, marqueu "Sí" . En cas de dubte, marqueu també "Sí" .	