

Тестирование на наличие деменции и способности к самопомощи

ФИО больного: _____

Контакты кабинета ХСН:

Адрес: _____

Телефон: _____

ФИО пациента: _____ Дата: _____

Опросник самооценки памяти MCNAIR и KAHN

Выберите наиболее подходящий вариант ответа на каждый из представленных ниже вопросов, исходя из Вашего самочувствия в последнее время.

Вопрос	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто
Я забываю номера телефонов, по которым регулярно звоню					
Я не помню, что куда положил					
Оторвавшись от чтения, я не могу найти место, которое читал					
Когда я делаю покупки, я пишу список на бумаге, чтобы ничего не забыть купить					
Из-за забывчивости я пропускаю важные встречи, свидания и занятия					
Я забываю дела, которые планирую по дороге с работы домой					
Я забываю имена и фамилии знакомых людей					
Мне трудно припомнить содержание только что просмотренной телепередачи					
Я не узнаю знакомых людей					
Я теряю нить разговора при общении с людьми					
Я забываю имена и фамилии людей, с которыми знакомясь					
Когда мне что-то говорят, мне трудно сосредоточиться					
Я забываю, какой сейчас день недели					
Мне приходится проверять и перепроверять, закрыл ли я дверь и выключил ли плиту					
Я делаю ошибки при письме, печатании или подсчетах на калькуляторе					
Я часто отвлекаюсь					
Мне необходимо несколько раз выслушивать инструкции, чтобы их запомнить					
Мне трудно сосредоточиться на том, что я читаю					
Я забываю, что мне сказали					
Мне трудно сосчитать сдачу в магазине					
Я все делаю очень медленно					
Я ощущаю пустоту в голове					
Я забываю, какое сегодня число					

ФИО пациента: _____ Дата: _____

Европейская шкала оценки
способности к самопомощи пациентов с СН

Утверждение	Полностью согласен				Совершенно не согласен
1. Я взвешиваюсь каждый день	1	2	3	4	5
2. Если моя одышка усиливается, я обращаюсь к доктору или медсестре	1	2	3	4	5
3. Если у меня усиливаются отеки ступней/ног, я связываюсь с врачом или медсестрой	1	2	3	4	5
4. Если мой вес увеличивается более чем на 2 кг в неделю, я обращаюсь к врачу или медсестре	1	2	3	4	5
5. Я ограничиваю количество выпиваемой жидкости (не более 1,5-2 л/сутки)	1	2	3	4	5
6. Если я испытываю повышенную утомляемость, я сообщаю об этом своему врачу или медсестре	1	2	3	4	5
7. Я соблюдаю диету с низким содержанием соли	1	2	3	4	5
8. Я принимаю лекарства так, как мне назначено	1	2	3	4	5
9. Я поддерживаю рекомендованный уровень физической активности	1	2	3	4	5



ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский
центр кардиологии»



Общество специалистов
по сердечной
недостаточности