



Хабаровское краевое научно-практическое
общество анестезиологов и реаниматологов

Сестринская шкала оценки делирия
Nursing Delirium Screening Scale – NU-DESC
(Gaudreau J.D. et al., 2005)

Критерии	Баллы (0-2)
1. Дезориентация Вербальные или поведенческие проявления нарушения ориентации во времени или неадекватное восприятие окружающей среды	
2. Неадекватное поведение Неадекватное поведение в отношении места и/или человека. Например, выдёргивание дренажей или повязок, попытки вставания с кровати, когда они противопоказаны	
3. Неадекватное общение Неадекватное общение в отношении места и/или человека. Например, бессвязность, необщительность, бессмысленная/непонятная речь и т.д.	
4. Иллюзии и/или галлюцинации Больной видит или слышит то, чего нет на самом деле, искажённые визуальные объекты	
5. Психомоторное торможение Замедленная реакция, небольшое количество или отсутствие спонтанных действий/слов. Например, при прикосновении к больному реакция замедленная или больной не просыпается	

Каждый признак оценивается от 0 до 2 баллов в зависимости от его наличия и интенсивности.

Делирий диагностируется при сумме баллов >2.

Отсутствие делирия при сумме баллов <2.

