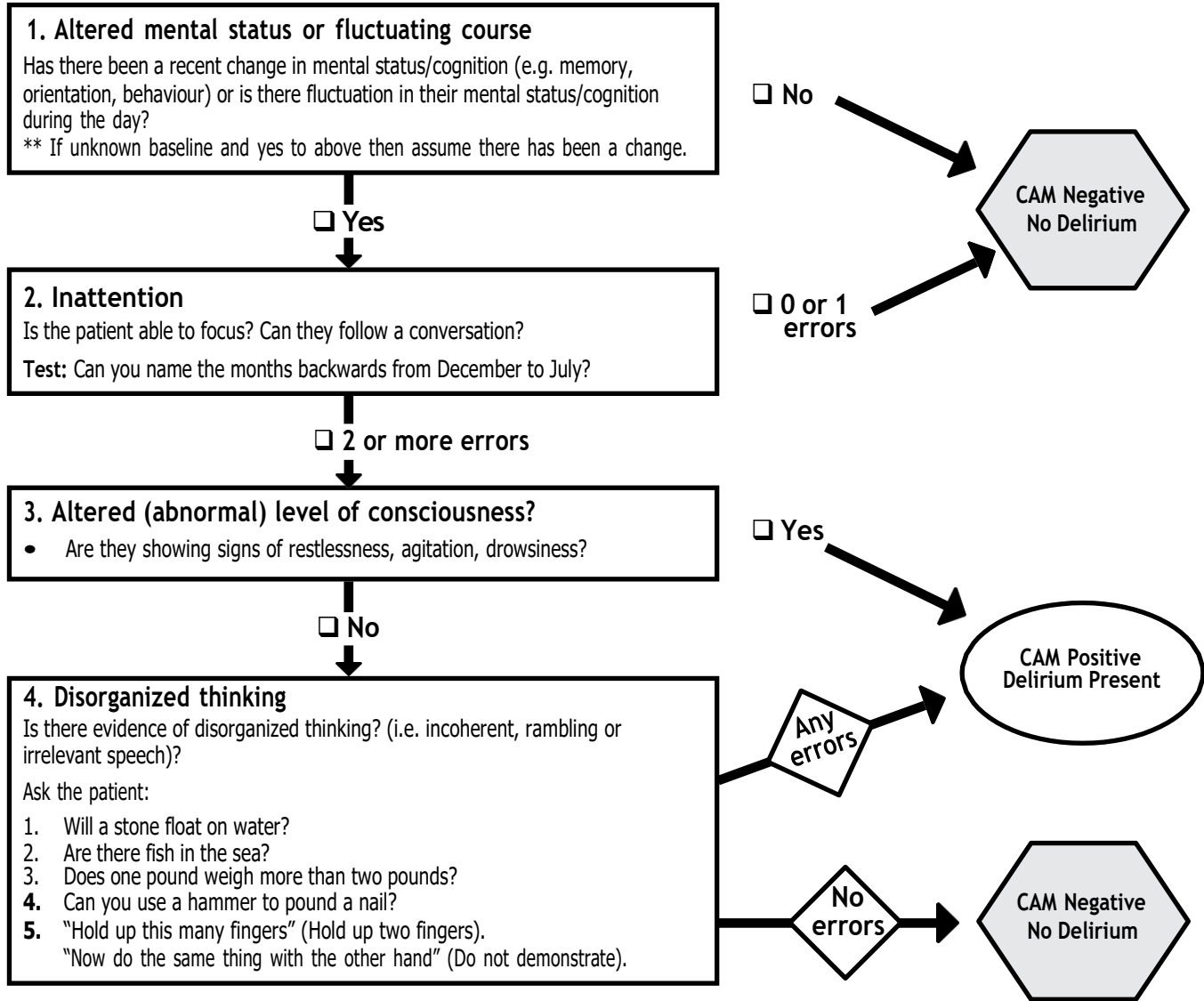




# CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

CIVIC     GENERAL

**Must have 1 and 2 plus either 3 or 4 to score Positive**



**Required:**  Patient is CAM Negative (-) **OR**  Patient is CAM Positive (+)

**SEE REVERSE FOR UNIVERSAL PREVENTION & MANAGEMENT STRATEGIES**

Name (print)	Signature	Date (yyyy/mm/dd)	Time
--------------	-----------	-------------------	------

Reference: The Brief Confusion Assessment Method (bCAM) is adapted from: Ely EW, et al. JAMA. 2001; 286:2703-2710. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. Copyright 2002, Vanderbilt University. Inouye SK, et al. Ann Intern Med. 1990; 113: 941-948. Confusion Assessment Method. Copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC.

## If patient is CAM Positive:

**1. Notify the attending physician and the interdisciplinary team of CAM positive results.**

**2. Support the investigation of the root cause of the delirium:**

- a. Consider use of the pre-printed order set for delirium (SPO 98); Place pre-printed order set on patient's chart.
- b. Initiate interventions to treat root cause and manage symptoms of delirium (see below).

**3. Documentation:**

- a. The Confusion Assessment Method (CAM) (GER 35) should be placed with the flow sheets on the patient's chart.
- b. Document the nursing assessment including the acute change from baseline that you have observed, any potential root causes for delirium as well as any behaviours and response to interventions in the intergrated progress notes (IPN).
- c. Write on the Kardex that the patient has a delirium. Note any key strategies to manage behaviour on the Kardex and on the interprofessional patient care plan (NUR 157).
- d. Document patient teaching on the patient teaching record (NUR 157) and IPN as required.

**4. Support patient and family**

- a. Provide teaching on delirium to patient and family.
- b. Provide "Delirium: A Guide for Caregivers" to patient and family (P487).

**5. Monitor and reassess patient and response to interventions at least every shift and prn.**

### Universal Strategies for Prevention & Management of Delirium

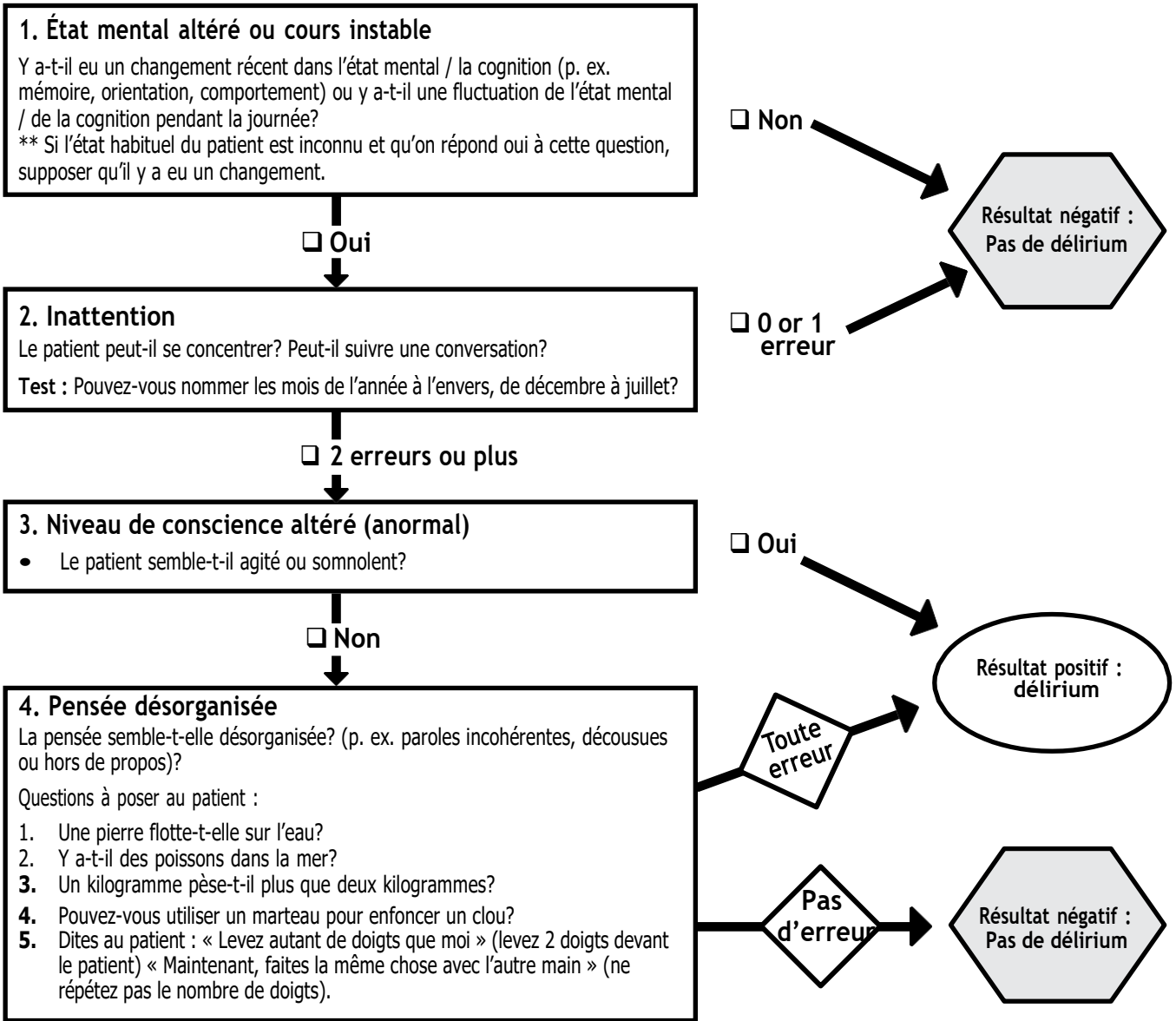
<b>Environment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promote orientation:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Provide frequent, gentle reorientation to place, date, time, &amp; staff members</li> <li>○ Ensure care boards are clean with date and day of the week written clearly</li> </ul> </li> <li>• Ensure patient has glasses and working hearing aids in place</li> </ul>
<b>Nutrition &amp; Fluids</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offer 60 mL of water or other beverage of choice to patient at every interaction</li> <li>• Encourage and enable patient's food intake:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sitting up in chair for meals; table and tray within reach</li> <li>○ Order a "ready tray" if patient requires assistance to open containers</li> <li>○ Assist with meals as needed</li> </ul> </li> <li>• If patient at risk for malnourishment, consult appropriate services (e.g. Dietitian, SLP)</li> <li>• Encourage family members to be present at meal times, to assist and to bring in favourite foods from home</li> </ul>
<b>Mobilization</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourage mobilization: Walk to the bathroom, up in chair for meals</li> <li>• Ask family to bring in supportive, non-slip, well-fitting footwear with a closed heel and toe</li> <li>• Provide patient and family with "Keep Moving: Myths and Facts about Being Active in Hospital" (P1104)</li> </ul>
<b>Toileting</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assess patient's need for inserting/maintaining an indwelling urinary catheter (SPO 397)</li> <li>• Promote regular bladder routine: toilet q 2 – 4 h</li> <li>• Mobilize to commode or toilet if able</li> <li>• Promote regular bowel routine in keeping with patient's baseline</li> </ul>
<b>Pain</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assess using nonverbal cues of pain – moaning, grimacing, guarding, protecting</li> <li>• Manage pain with regular schedule of analgesic while awake rather than relying on prn</li> <li>• Coordinate analgesia with mobilization/care events</li> </ul>
<b>Sleep</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aim to maintain normal diurnal rhythm: awake during the day; sleeping at night</li> <li>• Establish bedtime routine: Calm, low light environment, toilet just prior to settling</li> <li>• Avoid waking patient through the night for care or medications</li> <li>• Limit daytime napping: keep lights on and blinds open, encourage light activity or exercise</li> </ul>
<b>Behaviour Management</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Speak slowly and clearly; re-focus patient if necessary</li> <li>• Use short, simple sentences; provide 1 step instructions and allow patient time to respond</li> <li>• Determine what triggers and improves disruptive behaviours; develop care plan that incorporates this information and communicate this to the team</li> <li>• Ask family/familiar people to sit with patient or visit on a regular basis</li> </ul>



# MÉTHODE D'ÉVALUATION DE LA CONFUSION (MÉC)

CIVIC     GÉNÉRAL

Doit avoir un résultat positif pour 1 et 2 ainsi que pour 3 ou 4



À remplir     Résultat négatif (MÉC) (-)    **OU**     Résultat positif (MÉC) (+)

Voir au verso des stratégies universelles de prévention et de prise en charge

Nom (lettres moulées)	Signature	Date (aaaa/mm/jj)	Heure
-----------------------	-----------	-------------------	-------

Référence : La méthode brève d'évaluation de la confusion est adaptée de : E.W. Ely et collab. « Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit », JAMA, vol 286, n°21 (2001), p. 2703-10, Copyright 2002, Université Vanderbilt. S.K. Inouye et collab. « Confusion Assessment Method », Ann Intern Med, vol. 113, n°12 (1990), p.941-948, Copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC.

## En cas de résultat positif (MÉC)

### 1. Aviser le médecin traitant et l'équipe interdisciplinaire que la MÉC donne des résultats positifs.

### 2. Soutenir la recherche de la cause du délirium :

- a. Envisager l'utilisation d'une ordonnance préimprimée pour le délirium (SPO 98); placer cette ordonnance dans le dossier du patient.
- b. Commencer des interventions pour traiter la cause du délirium et en soulager les symptômes (voir ci-dessous).

### 3. Documentation :

- a. La méthode d'évaluation de la confusion (MÉC) (GER 15) devrait être placée avec les feuilles de cheminement dans le dossier du patient.
- b. Documenter dans les notes d'évolution intégrées l'évaluation par l'infirmière, y compris le changement aigu observé par rapport aux données de référence, toute cause potentielle du délirium et tout comportement et toute réaction aux interventions.
- c. Écrire dans le karex que le patient est atteint de délirium. Noter dans le karex et le Plan de soins interprofessionnel (NUR 157) toute stratégie utilisée pour gérer le comportement.
- d. Consigner l'enseignement donné au patient dans le Rapport d'enseignement au patient (NUR 157) et les Notes d'évolution intégrées au besoin.

### 4. Appuyer le patient et sa famille

- a. Offrir au patient et à sa famille de l'enseignement sur le délirium.
- b. Leur remettre le document « Délirium – Guide pour les aidants naturels » (P487).

### 5. Suivre et réévaluer le patient et ses réactions aux interventions à chaque quart de travail et au besoin.

## Stratégies universelles de prévention et de prise en charge du délirium

<b>Environnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promouvoir l'orientation :               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Réorienter fréquemment et doucement le patient quant au lieu, à la date, à l'heure et aux membres du personnel</li> <li>o S'assurer que la date et le jour de la semaine sont écrits clairement sur le tableau de soins</li> </ul> </li> <li>• S'assurer que le patient porte ses lunettes et ses appareils auditifs</li> </ul>
<b>Nutrition et liquides</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À chaque interaction, proposer au patient de boire 60 mL d'eau ou d'une boisson de son choix</li> <li>• Encourager le patient à s'alimenter et lui faciliter la tâche :               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Le faire asseoir dans un fauteuil pour les repas; placer sa table et son plateau à portée de main</li> <li>o Commander un plateau déjà préparé s'il a besoin d'aide pour ouvrir les contenants</li> <li>o L'aider à prendre ses repas au besoin</li> </ul> </li> <li>• Si le patient est à risque de malnutrition, consulter les services appropriés (p. ex. diététiste, orthophoniste)</li> <li>• Encourager la famille à être présente aux repas pour aider le patient et lui apporter ses aliments faits maison préférés</li> </ul>
<b>Mobilisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager la mobilisation : marcher à la salle de bain, s'asseoir dans un fauteuil pour manger</li> <li>• Demander à la famille d'apporter des chaussures antidérapantes bien ajustées qui couvrent et soutiennent bien le pied</li> <li>• Remettre au patient et à la famille « Keep Moving: Myths and Facts about Being Active in Hospital » (P1104)</li> </ul>
<b>Aller aux toilettes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer si le patient a besoin d'une sonde urinaire à demeure (SPO 397)</li> <li>• Encourager le patient à aller régulièrement aux toilettes (toutes les 2 à 4 heures)</li> <li>• Faire marcher le patient à la chaise d'aisance ou aux toilettes, s'il en est capable</li> <li>• Encourager une routine d'élimination régulière des selles, selon les habitudes du patient</li> </ul>
<b>Douleur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer les signes non verbaux de la douleur – gémissements, grimaces, signes de protection</li> <li>• Soulager la douleur en administrant des analgésiques selon un horaire régulier pendant les heures d'éveil, au lieu de procéder au besoin</li> <li>• Coordonner l'administration d'analgésiques avec les mobilisations/soins</li> </ul>
<b>Sommeil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chercher à maintenir un rythme diurne normal : être éveillé le jour; dormir la nuit</li> <li>• Établir une routine à l'heure du coucher : environnement calme, lumières tamisées, aller aux toilettes avant d'aller au lit</li> <li>• Éviter de réveiller le patient la nuit pour lui donner des soins ou des médicaments</li> <li>• Limiter les siestes le jour : garder les lumières allumées et les stores ouverts, encourager le patient à faire des activités ou des exercices légers</li> </ul>
<b>Gestion du comportement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parler lentement et clairement; attirer l'attention du patient au besoin</li> <li>• Utiliser des phrases simples et courtes; donner au patient des instructions une étape à la fois et lui donner le temps de les exécuter</li> <li>• Déterminer ce qui déclenche et diminue les comportements perturbateurs; élaborer un plan de soins qui en tient compte et le communiquer à son équipe</li> <li>• Demander à des proches du patient de passer régulièrement du temps avec lui</li> </ul>