

Delirium Index (DI)

McCusker J, Cole M, Bellavance F, Primeau F.
Reliability and validity of a new measure of severity of delirium. Int Psychogeriatr
1998 Dec;10(4):421-33.

1. Attention

- 0. Attentive
- 1. Generally attentive but makes at least one error in spelling "WORLD" backwards.
- 2. Questions can generally be answered but subject is distractible and at times has difficulty in keeping track of questions May have some difficulty in shifting attention to new questions or questions may have to be repeated several times.
- 3. Either unresponsive or totally unable to keep track of or answer questions. Has great difficulty in focusing attention and is often distracted by irrelevant stimuli
- 9. Cannot assess.

2. Disorganized thinking

- 0. Responses are logical, coherent, and relevant.
- 1. Responses are vague or unclear.
- 2. Thought is occasionally illogical, incoherent, or irrelevant.
- 3. Either unresponsive or thought is fragmented, illogical, incoherent, and irrelevant
- 9. Cannot assess.

3. Level of consciousness

- 0. Normal
- 1. hypervigilant or hypovigilant (glassy eyed, decreased reaction to questions).
- 2. Drowsy / sleepy. Responds only to simple, loud questions.
- 3. Unresponsive or comatose.

4. Disorientation (additional questions on age, birth date, and birthplace may be used.)

- 0. Knows today's date (+/- 1 day) and the name of the hospital.
- 1. Either does not know today's date (+/- 1 day) or does not know the name of the hospital.
- 2. Either does not know the month or year or does not know that he is in hospital.
- 3. Either unresponsive or does not know name or birth date
- 9. Cannot assess

5. Memory (Additional questions may be asked on how long patient has been in hospital, circumstances of admission)

- 0. Recalls 3 words and details of hospitalisation
 - 1. Either cannot recall 1 of the words or has difficulty recalling details of the hospitalization
 - 2. Either unresponsive or not recall any of the 3 words or cannot recall any details of the hospitalisation
 - 9. Cannot assess

6. Perceptual disturbance (patient is asked whether he has had any unusual experiences and has seen or heard things that other people do not see or hear. If yes, he is asked whether these occur during the daytime or at night and how frequently. Patient is also observed for any evidence of disordered perception)

- 0. Either unresponsive or no perceptual disturbances observed or cannot assess.
 - 1. Misinterprets stimuli (for example, interpreting a door closing as a gunshot).
 - 2. Occasional no threatening hallucinations.
 - 3. Frequent, threatening hallucination

7. Motor activity

- 0. Normal
 - 1. Responds well to questions but either moves frequently or is lethargic / sluggish.
 - 2. Moves continuously (and may be restrained) or very slow with little spontaneous movement.
 - 3. Agitated, difficult to control (restraints are required) or no voluntary movement.

Directions for use

The DI is an instrument for the measurement of severity of symptoms of delirium that is based solely upon observation of the individual patient, without additional information from family members, nursing staff, or the patient medical chart. The DI was designed to be used in conjunction with the MMSE comprise the basis observation. Additional questions may be necessary for scoring certain symptoms as noted.

Directions for scoring

Total score is sum of 7 items scores.

If questions 1, 2, 4 or 5 are checked "9", replace 9 by the score of item 3.

Traduction : Delirium Index (DI)

McCusker J, Cole M, Bellavance F, Primeau F.

Reliability and validity of a new measure of severity of delirium. Int Psychogeriatr 1998 Dec;10(4):421-33.

1. Attention

- 0. Attentif
- 1. Généralement attentif mais fait une erreur lorsqu'il doit épeler à l'envers le mot "Monde"
- 2. Peut généralement répondre aux questions mais le patient peut être distrait et à ce moment là, il a difficile de garder le sens de la question. Présente quelques difficultés lors d'un changement d'attention pour une nouvelle question ou des questions qui sont renouvelées au cours du temps.
- 3. Insensible aux questions ou totalement incapable de maintenir son attention pour répondre aux questions. A de grandes difficultés pour centrer son attention et est souvent distrait par des stimuli non pertinents.
- 9. Ne peut pas être évalué

2. Pensée désorganisée

- 4. Les réponses sont logiques, cohérentes, pertinentes
- 5. Les réponses sont vagues et peu claires
- 6. La pensée est occasionnellement illogique, incohérente ou non pertinente
- 7. Insensible ou la pensée est fragmentée, illogique, incohérente et non pertinente
- 9. Ne peut pas être évalué

3. Niveau de conscience

- 0. Normal
- 1. Hyper vigilant ou hypo-vigilant (regard vitreux, diminution de la réaction aux questions)
- 2. Assoupi / endormi. Répond seulement aux questions simples
- 3. Ne répond pas ou comateux

4. Désorientation (des questions additionnelles sur l'âge, la date de naissance, le lieu de naissance peuvent être utilisé)

- 0. Connaît la date d'aujourd'hui (+/- 1 jour) et le nom de l'hôpital
- 1. Ne connaît pas la date d'aujourd'hui (+/- 1 jour) ou ne connaît pas le nom de l'hôpital
- 2. Ne connaît pas le mois ou l'année ou ne sait pas qu'il est à l'hôpital
- 3. Ne répond pas ou ne connaît pas son nom ou sa date de naissance
- 9. Ne peut pas être évalué

5. Mémoire (des questions additionnelles peuvent être posées sur le temps de l'hospitalisation, les circonstances de l'admission, ...)

- 0. Répète 3 mots et détaille son hospitalisation
- 1. Ne peut répéter un des mots ou a des difficultés pour se rappeler les détails de son hospitalisation
- 2. Ne peut répéter deux ou les trois mots ou se rappelle de très peu de détail de son hospitalisation
- 3. Ne peut pas répondre ou ne peut répéter aucun des trois mots ou ne se rappelle d'aucun détails de son hospitalisation
- 9. Ne peut pas être évalué

6. **Troubles de la perception** (il est demandé au patient s'il a eu des expériences peu communes et a vu ou entendu les choses que d'autres ne voient pas ou n'entendent pas. Si oui, il lui est demandé si ces événements se produisent pendant la journée ou la nuit et à quelle fréquence. On observe également le patient à propos des perceptions désordonnées.
- 0. Insensible ou aucune perturbation perceptuelle n'a été observée ou ne peut pas évaluer.
 - 1. Mauvaise interprétation des stimuli (par exemple, interprète une fermeture de porte comme un coup de fusil).
 - 2. Hallucinations non menaçantes occasionnelles.
 - 3. Fréquent, hallucination menaçante

7. Activité motrice

- 0. normal
- 1. répond bien aux questions mais a des mouvements fréquents ou est léthargique/lent
- 2. continuellement en mouvement (peut être en contention) ou très lent avec des petits mouvements spontanés
- 3. agité, difficile à commander (des moyens de contention sont exigés) ou pas de mouvement volontaire.

Directives pour l'utilisation

Le DI est un instrument pour la mesure de la sévérité des symptômes de la démence qui est basée seulement sur des observations individuelles du patient, sans information additionnelle des membres de famille, du personnel soignant, ou de l'équipe médicale. Le DI a été conçu pour être employé en même temps que le MMSE. Des questions additionnelles peuvent être nécessaires pour évaluer certains symptômes.

Directives pour l'attribution du score

Les points totaux sont la somme des points des 7 questions.

Si les questions 1, 2, 4 ou 5 sont notées "9", remplacez 9 par les points du point 3.