

Delirium Observation Screening Scale (DOS)

Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA. The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. Res Theory Nurs Pract 2003;17(1):31-50.

Observations always	never	sometimes	usually	
Consciousness				
1. reacts normally to addressing	4	3	2	1
2. dozes during conversation or activities	1	2	3	4
3. stares into space		1	2	3
4				
Attention/concentration				
4. is easily distracted by stimuli from the environment		1	2	3
4				
5. maintains attention to conversation or action	4	3	2	1
6. does not finish question or answer		1	2	3
4				
thinking				
7. gives answers that do not fit the question		1	2	3
4				
8. talks slowly or answers slowly	1	2	3	4
9. reacts slowly to instructions	1	2	3	4
10. speaks incoherently	1	2	3	4
11. is suspicious	1	2	3	4
Memory/orientation				
12. thinks to be somewhere else	1	2	3	4
13. knows which part of the day it is		4	3	2
1				
14. remember recent event	4	3	2	1
Psychomotor activity				
15. is picking, disorderly, restless	1	2	3	4
16. hardly moves	1	2	3	4
17. pulls IV tubes, feeding tubes, catheters, etc.		1	2	3
4				
18. has unnatural position in bed	1	2	3	4
Sleep/wake cycle				
19. is sleep/drowsy during the day	1	2	3	4
20. (night shift) has vivid and frightening dreams during the night	1	2	3	4
21. (night shift) is awake/wakes up restlessly		1	2	3
4				
Mood				
22. is easily or suddenly emotional (frightened, angry, irritated)		1	2	3
4				
23. is apathetic/weary	1	2	3	4

Perception

24. sees persons/things as somebody/something else
4

1 2 3

25. sees/hears things that are not there
4

1 2 3

13 items DOS scale

<u>OBSERVATION</u> The patient		Day shift				Evening shift			night shift			TOTAL SCORE TODAY (0 - 39)	
		never	always	sometimes -	unable	never	always	sometimes -	unable	never	always		sometimes -
1	Dozes of during conversation or activities	0	1	-		0	1	-		0	1	-	
2	is easy distracted by stimuli from the environment	0	1	-		0	1	-		0	1	-	
3	Maintains attention to conversation or action	1	0	-		1	0	-		1	0	-	
4	Does not finish question or answer	0	1	-		0	1	-		0	1	-	
5	Gives answers that do not fit the question	0	1	-		0	1	-		0	1	-	
6	Reacts slowly to instructions	0	1	-		0	1	-		0	1	-	
7	Thinks to be somewhere else	0	1	-		0	1	-		0	1	-	
8	Knows which part of the day it is	1	0	-		1	0	-		1	0	-	
9	Remembers recent event	1	0	-		1	0	-		1	0	-	
10	Is picking, disorderly, restless	0	1	-		0	1	-		0	1	-	
11	Pulls ivtubes, feeding tubes, catheters etc.	0	1	-		0	1	-		0	1	-	
12	Is easy or sudden emotional	0	1	-		0	1	-		0	1	-	
13	Sees/hears things which are not there	0	1	-		0	1	-		0	1	-	
TOTAL SCORE PER SHIFT (0 - 13)													
DOS SCALE FINAL SCORE = TOTAL SCORE TODAY / 3													



DOS SCALE final score	< 3	not delirious
	≥ 3	Probably delirious

Directions for use

The Delirium Observation Screening Scale is a 13-item observational scale of verbal and nonverbal behavior. The observations can be done during regular care. To optimize recognition of delirium, recording of observations per shift is important.

Rating

- | | |
|----------------------|--|
| never | During this shift, in contacts with the patient the described behavior was not observed (CIRCLE THE APPROPRIATE NUMBER IN THIS COLUMN) |
| sometimes-
always | During this shift, in contacts with the patient the described behavior was observed once, or a few times or even all the time (CIRCLE THE APPROPRIATE NUMBER IN THIS COLUMN) |
| unable | During this shift, in contacts with the patient the described behavior was not observed since the patient was asleep or did not give necessary verbal responses OR the rater does not find himself/herself competent to observe the absence or presence of the behavior (CIRCLE -) |

Directions for scoring

- For each shift the total score is calculated by counting the circled ratings.
- Adding the total scores per shift gives the total score for today.
- The DOS Score final score is calculated by dividing the total score for today by 3;

For the version with 13 items, two score are allotted:

Never = 0 points;

Sometimes or always from = 1 point

For the 25 item-version

Items were rated on a 4 point Likert scale based on the frequency of occurrence of the behavioural change:

1 = never (no alteration of behaviour)

2 = sometimes

3 = usually

4 = always

Traduction: Delirium Observation Screening Scale (DOS)

Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA. The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium.

Observations	Jamais	Parfois	habituellement	Toujours
Conscience				
1. réagit normalement lorsque l'on s'adresse à lui	4	3	2	1
2. somnole pendant la conversation ou les activités	1	2	3	4
3. regarde fixement dans l'espace	1	2	3	4
Attention/concentration				
4. est facilement distrait par des stimulus de l'environnement	1	2	3	4
5. maintient l'attention à la conversation ou à l'action	4	3	2	1
6. ne finit pas la question ou la réponse	1	2	3	4
Pensée				
7. donne les réponses qui ne correspondent pas à la question	1	2	3	4
8. Parle lentement, prend son temps pour répondre	1	2	3	4
9. réagit lentement aux instructions	1	2	3	4
10. parle de façon incohérente	1	2	3	4
11. Est soupçonneux	1	2	3	4
Mémoire/orientation				
12. Pense être ailleurs que là où il se trouve	1	2	3	4
13. Connaît le moment de la journée où on est	4	3	2	1
14. Se rappellent les événements récents	4	3	2	1
Activités psychomotrices				
15. Est confus, agité	1	2	3	4
16. Se déplace difficilement	1	2	3	4
17. Tire sur les tuyaux IV, les sondes d'alimentation, cathéters, etc.	1	2	3	4
18. N'a pas une position naturelle dans son lit	1	2	3	4
Cycle veille/sommeil				
19. Est endormi/somnolent le jour	1	2	3	4
20. Fait des rêves vifs et effrayants la nuit	1	2	3	4
21. (la nuit) est réveillé/ se réveille avec agitation	1	2	3	4
Humeur				
22. A facilement ou soudainement des émotions (effrayé, fâché, irrité)	1	2	3	4
23. Est apathique	1	2	3	4
Perception				
24. Voit des choses/ des personnes comme d'autres personnes ou d'autres choses	1	2	3	4
25. Voit/entend des choses qui ne sont pas là	1	2	3	4

DOS- Version à 13 items

<u>OBSERVATION</u> The patient		Day shift			Evening shift			night shift			Score total journalier (0 - 39)
		jamais	Parfois - toujours	inapplicable	jamais	Parfois - toujours	inapplicable	jamais	Parfois - toujours	inapplicable	
1	somnole pendant la conversation ou les activités	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
2	est facilement distrait par des stimulus de l'environnement	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
3	maintient l'attention à la conversation ou l'action	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
4	ne termine pas la réponse à la question	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
5	donne des réponses qui ne correspondent pas à la question	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
6	réagit lentement aux instructions	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
7	pense être ailleurs	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
8	connaît le moment de la journée	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
9	se rappelle les évènements récents	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
10	est agité, confus	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
11	tire sur les tubulures Iv, les sonde d'alimentation, les cathéters,...	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
12	Accès émotifs soudain (effrayé fâché, irrité)	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
13	Voit / entend les personnes/les choses qui ne sont pas présentes	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
Score Total par pause de travail (0 - 13)											
DOS SCORE FINAL = SCORE TOTAL JOURNALIER / 3											



DOS SCALE final score	< 3	Pas de confusion présente
	≥ 3	Probable confusion

Directives pour l'utilisation

Compléter le DOS prend moins de cinq minutes et ne requiert pas la participation du patient. Les observations peuvent être réalisées durant les soins routiniers. Le Delirium Observation Screening Scale est une échelle d'observation du comportement verbal et non verbal. Les observations peuvent être récoltées durant les soins routiniers. Pour améliorer la reconnaissance de la confusion, enregistrer les observation par pause de travail est important.

Jamais	Le comportement décrit n'a jamais été observe pendant cette pause de travail (entourer le nombre approprié dans la colonne)
parfois-toujours	Le comportement décrit a été observe quelque fois ou toujours durant cette pose de travail (entourer le nombre approprié dans la colonne)
inapplicable	Le comportement décrit n'a pas été observe parce que, Durant cette pause, le patient est endormi ou ne sait pas donner de réponse verbale ou l'observateur ne se jugeait pas compétent pour observer l'absence ou la présence du comportement . (entourer le nombre approprié dans la colonne)

Directives pour l'attribution du score

- Pour chaque pause de travail, le score total est calculé par la somme des points entourés
- Le score total est formé de l'addition des résultats par pause de travail
- Le score final est obtenu par la division du score total par 3;

Pour la version à 13 items, deux scores sont attribués :

Jamais = 0 point ;

Parfois ou toujours de = 1 point

Pour la version à 25 items, les items sont évalués sur une échelle de 4 points basée sur la fréquence du changement comportemental :

1 = jamais (aucun changement de comportement)

2 = parfois

3 = habituellement

4 = toujours

Pour quatre des items (1, 5 ; 13 ; 14), l'attribution du score est inversée

Le score total est obtenu par l'addition des scores des différents items.