

Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98)

Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Kanary K, Norton J, Jimerson N. (2001)

“Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium.”

Instrument de mesure	Delirium Rating Scale Revised 98
Abréviation	DRS-R-98
Auteur	Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Kanary K, Norton J, Jimerson N.
Thème	Désorientation/ Confusion
Objectif	Mesure de la sévérité des symptômes liés au delirium
Population	Non spécifié
Utilisateurs	Non spécifié
Nombre d'items	Non spécifié
Participation du patient	Oui
Localisation de l'instrument	Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Kanary K, Norton J, Jimerson N. Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2001;13(2):229-42.

Objectif

Le DRS-R-98 est développé pour mesurer la sévérité des symptômes liés au délirium. C'est une aide à l'élaboration d'un diagnostic.

Public cible

La population ciblée n'est pas spécifiée dans la littérature.

Description

Le DRS-R-98 est une adaptation du Délirium Rating Scale (DRS), une version révisée à 16 items, réalisée en 2001. Cette version révisée inclut 2 sections :

3 items « diagnostics »,

13 items de sévérité.

Le DRS-R-98 se divise en deux parties. On parle du « DRS-R-98 total » qui inclut les trois items « diagnostics » et du « DRS-R-98 severity » pour la partie des 13 items de sévérité.

Le score total maximal est de 46 points et le maximum en termes de sévérité est de 39 points. Lorsqu'un item ne peut être rempli, le score attribué est de 1.5 points.

Les critères de sévérité peuvent être utilisés seuls lors d'une réévaluation afin d'observer l'évolution du patient. Certains items nécessitent la participation du patient, d'autres se réalisent sur base de l'observation du patient.

Fiabilité

La concordance entre les groupe est élevée (ICC = 0.99) ainsi qu'entre le « DRS-R-98 total » et le « DRS-R-98 severity » (ICC=0.96).

La consistance interne (Internal Consistency) est élevée avec un alpha de Cronbach de 0.89-0.90

Validité

Le DRS-R-98 a été validé (Concurrent Validity) par rapport au Cognitive Test for Delirium (CTD) ($r = -0.62$, $p < 0.001$), Clinical Global Impression Scale (CGI) ($r = 0.62$, $p = 0.001$) et au Delirium Rating Scale (DRS) ($r = 0.83$, $p < 0.001$) sur 5 groupes diagnostics : délire, démence dépression, schizophrénie et « autre ». Les moyennes et médianes des scores sont significatives ($p < 0.001$) pour la distinction du délire par rapport aux autres groupes.

Le DRS-R-98 est étroitement corrélé avec le DRS, indiquant que la nouvelle échelle mesure bien le délire (Trzepacz et al. 2001; Turkel et al. 2003).

Le score du DRS-R-98 est significativement corrélé ($p < 0.001$) avec le MMSE ($r = -0.67$), et l'OS ($r = 0.73$) (Fonseca et al. 2005a).

La validité diagnostique de l'outil est bonne avec une sensibilité de 91 à 100% et une spécificité de 85 à 100% pour l'échelle totale. Pour l'échelle de sévérité uniquement, ces résultats sont respectivement de 86 à 100% et de 77 à 93%

Le DRS-R-98 distingue les patients déments du groupe « dépressifs » et « autres » ($p < 0.05$) mais pas du groupe « schizophrènes ».

Convivialité

Il n'y a pas d'information sur le temps utilisé pour compléter le DRS-R-98.

Références

Fonseca, F., Bulbena, A., Navarrete, R., Aragay, N., Capo, M., Lobo, A., and Trzepacz, P. T. 2005. "Spanish Version of the Delirium Rating Scale-Revised-98: Reliability and Validity." *J.Psychosom.Res.* 59(3):147-51.

Trzepacz, P. T., Mittal, D., Torres, R., Canary, K., Norton, J., and Jimerson, N. 2001. "Validation of the Delirium Rating Scale-Revised-98: Comparison With the Delirium Rating Scale and the Cognitive Test for Delirium." *J.Neuropsychiatry Clin.Neurosci.* 13(2):229-42.

Turkel, S. B., Braslow, K., Tavaré, C. J., and Trzepacz, P. T. 2003. "The Delirium Rating Scale in Children and Adolescents." *Psychosomatics* 44(2):126-29.

Localisation de l'instrument de mesure

Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Kanary K, Norton J, Jimerson N. Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001;13(2):229-42.

DELIRIUM RATING SCALE-REVISED-98 (DRS-R-98)

TRZEPACZ, & AL., 2001

U.S.A. (English)

Author (year)	Setting	Sample (n)	Design	Reliability	Validity
Validation of the Delirium Rating Sale-Revised-98 (2001)	University of Mississippi Medical Center	24 delirious, 13 demented, 9 schizophrenics, 12 depressed and 10 "other" (n=68)	Comparative study Non experimental research	IC E	CrV
Fonsecsa F. & al. (2005)	ConSORCI SANITARI DE TERRASA BARCELONA	27 patients diagnosed with delirium based on DSM IV criteria	Comparative study	IC E	CrV

Reliability: Stability (S), Internal consistency (IC), Equivalence (E)

Validity: Face validity (FV), Content validity (CtV), Criterion validity (CrV), Construct validity (CsV)

Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)

Results reliability	Results validity	Commentary
<p>(IC) internal consistency</p> <p>DRS-R-98 total / DRS-R-98 severity: R = 0.99, p < 0.001</p> <p>Dementia group DRS-R-98 total Cronbach alpha : 0.90 DRS-R-98 severity Cronbach alpha : 0.87</p> <p>(E) interrater reliability Psychiatrist 1 et 2 DRS-R-98 total ICC = 0.98 DRS-R-98 severity ICC = 0.99</p>	<p>(CrV) Concurrent validity</p> <p>DRS/DRS-R-98 total : r= 0.83 p< 0.001 DRS/DRS-R-98 severity : r= 0.80 p< 0.001 CGI/DRS-R-98 total: r= 0.62, p<0.001 CGI/ DRS-R-98 severity: r= 0.61, p<0.001</p> <p>(CrV) Criterium validity DRS-R-98 severity Sensitivity: 92% Specificity: 93%</p>	
<p>(E) inter rater reliability 2 researchers: ICC 0.96</p> <p>(IC) internal consistency DRS-R-98 total : Chronbach's alpha = 0.78 DRS-R-98 item by item : Chronbach's alpha between 0.73 and 0.81</p>	<p>(CrV) Concurrent validity</p> <p>DRS-R-98 total MMSE: r= -0.64 p<0.001 OS : r= 0.72 p<0.001</p> <p>DRS-R-98 secerity MMSE: r= -0.67 p<0.001 OS : r= 0.73 p<0.001</p>	

Reliability: Stability (S), Internal consistency (IC), Equivalence (E)

Validity: Face validity (FV), Content validity (CtV), Criterion validity (CrV), Construct validity (CsV)

Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)

Orientation Scale of Berrios (OS)

Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98)

Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Kanary K, Norton J, Jimerson N. Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001;13(2):229-42.

DRS-R-98 SEVERITY SCALE

1. Sleep-wake cycle disturbance

Rate sleep-wake pattern using all sources of information, including from family, caregivers, nurses' reports, and patient. Try to distinguish sleep from resting with eyes closed.

0. Not present
1. Mild sleep continuity disturbance at night or occasional drowsiness during the day
2. Moderate disorganization of sleep-wake cycle (e.g., falling asleep during conversations, napping during the day or several brief awakenings during the night with confusion/behavioral changes or very little nighttime sleep)
3. Severe disruption of sleep-wake cycle (e.g., day-night reversal of sleep-wake cycle or severe circadian fragmentation with multiple periods of sleep and wakefulness or severe sleeplessness.)

2. Perceptual disturbances and hallucinations

Illusions and hallucinations can be of any sensory modality. Misperceptions are "simple" if they are uncomplicated, such as a sound, noise, color, spot, or flashes and "complex" if they are multidimensional, such as voices, music, people, animals, or scenes. Rate if reported by patient or caregiver, or inferred by observation.

0. Not present
1. Mild perceptual disturbances (e.g., feelings of derealization or depersonalization; or patient may not be able to discriminate dreams from reality)
2. Illusions present
3. Hallucinations present

3. Delusions

Delusions can be of any type, but are most often persecutory. Rate if reported by patient, family or caregiver. Rate as delusional if ideas are unlikely to be true yet are believed by the patient who cannot be dissuaded by logic. Delusional ideas cannot be explained otherwise by the patient's usual cultural or religious background.

0. Not present
1. Mildly suspicious, hypervigilant, or preoccupied
2. Unusual or overvalued ideation that does not reach delusional proportions or could be plausible
3. Delusional

4. Lability of affect

Rate the patient's affect as the outward presentation of emotions and not as a description of what the patient feels.

0. Not present
1. Affect somewhat altered or incongruent to situation; changes over the course of hours; emotions are mostly under self-control
2. Affect is often inappropriate to the situation and intermittently changes over the course of minutes; emotions are not consistently under self-control, though they respond to redirection by others
3. Severe and consistent disinhibition of emotions; affect changes rapidly, is inappropriate to context, and does not respond to redirection by others

5. Language

Rate abnormalities of spoken, written or sign language that cannot be otherwise attributed to dialect or stuttering. Assess fluency, grammar, comprehension, semantic content and naming. Test comprehension and naming nonverbally if necessary by having patient follow commands or point.

0. Normal language
1. Mild impairment including word-finding difficulty or problems with naming or fluency
2. Moderate impairment including comprehension difficulties or deficits in meaningful communication (semantic content)
3. Severe impairment including nonsensical semantic content, word salad, muteness, or severely reduced comprehension

6. Thought process abnormalities

Rate abnormalities of thinking processes based on verbal or written output. If a patient does not speak or write, do not rate this item.

- 0. Normal thought processes
- 1. Tangential or circumstantial
- 2. Associations loosely connected occasionally, but largely comprehensible
- 3. Associations loosely connected most of the time

7. Motor agitation

Rate by observation, including from other sources of observation such as by visitors, family and clinical staff. Do not include dyskinesia, tics, or chorea.

- 0. No restlessness or agitation
- 1. Mild restlessness of gross motor movements or mild fidgetiness
- 2. Moderate motor agitation including dramatic movements of the extremities, pacing, fidgeting, removing intravenous lines, etc.
- 3. Severe motor agitation, such as combativeness or a need for restraints or seclusion

8. Motor retardation

Rate movements by direct observation or from other sources of observation such as family, visitors, or clinical staff. Do not rate components of retardation that are caused by parkinsonian symptoms. Do not rate drowsiness or sleep.

- 0. No slowness of voluntary movements
- 1. Mildly reduced frequency, spontaneity or speed of motor movements, to the degree that may interfere somewhat with the assessment.
- 2. Moderately reduced frequency, spontaneity or speed of motor movements to the degree that it interferes with participation in activities or self-care
- 3. Severe motor retardation with few spontaneous movements.

9. Orientation

Patients who cannot speak can be given a visual or auditory presentation of multiple choice answers. Allow patient to be wrong by up to 7 days instead of 2 days for patients hospitalized more than 3 weeks. Disorientation to person means not recognizing familiar persons and may be intact even if the person has naming difficulty but recognizes the person. Disorientation to person is most severe when one doesn't know one's own identity and is rare. Disorientation to person usually occurs after disorientation to time and/or place.

- 0. Oriented to person, place and time
- 1. Disoriented to time (e.g., by more than 2 days or wrong month or wrong year) or to place (e.g., name of building, city, state), but not both
- 2. Disoriented to time and place
- 3. Disoriented to person

10. Attention

Patients with sensory deficits or who are intubated or whose hand movements are constrained should be tested using an alternate modality besides writing. Attention can be assessed during the interview (e.g., verbal perseverations, distractibility, and difficulty with set shifting) and/or through use of specific tests, e.g., digit span.

- 0. Alert and attentive
- 1. Mildly distractible or mild difficulty sustaining attention, but able to refocus with cueing. On formal testing makes only minor errors and is not significantly slow in responses
- 2. Moderate inattention with difficulty focusing and sustaining attention. On formal testing, makes numerous errors and either requires prodding to focus or finish the task
- 3. Severe difficulty focusing and/or sustaining attention, with many incorrect or incomplete responses or inability to follow instructions. Distractible by other noises or events in the environment

11. Short-term memory

Defined as recall of information (e.g., 3 items presented either verbally or visually) after a delay of about 2 to 3 minutes. When formally tested, information must be registered adequately before recall is tested. The number of trials to register as well as effect of cueing can be noted on scoresheet. Patient should not be allowed to rehearse during the delay period and should be distracted during that time. Patient may speak or nonverbally communicate to the examiner the identity of the correct items. Short-term deficits noticed during the course of the interview can be used also.

- 0. Short-term memory intact
- 1. Recalls 2/3 items; may be able to recall third item after category cueing
- 2. Recalls 1/3 items; may be able to recall other items after category cueing
- 3. Recalls 0/3 items

12. Long-term memory

Can be assessed formally or through interviewing for recall of past personal (e.g., past medical history or information or experiences that can be corroborated from another source) or general information that is culturally relevant. When formally tested, use a verbal and/or visual modality for 3 items that are adequately registered and recalled after at least 5 minutes. The patient should not be allowed to rehearse during the delay period during formal testing. Make allowances for patients with less than 8 years of education or who are mentally retarded regarding general information questions. Rating of the severity of deficits may involve a judgment about all the ways long-term memory is assessed, including recent and/or remote long-term memory ability informally tested during the interview as well as any formal testing of recent long-term memory using 3 items.

0. No significant long-term memory deficits
1. Recalls 2/3 items and/or has minor difficulty recalling details of other long-term information
2. Recalls 1/3 items and/or has moderate difficulty recalling other long-term information
3. Recalls 0/3 items and/or has severe difficulty recalling other long-term information

13. Visuospatial ability

Assess informally and formally. Consider patient's difficulty navigating one's way around living areas or environment (e.g., getting lost). Test formally by drawing or copying a design, by arranging puzzle pieces, or by drawing a map and identifying major cities, etc. Take into account any visual impairments that may affect performance.

0. No impairment
1. Mild impairment such that overall design and most details or pieces are correct; and/or little difficulty navigating in his/her surroundings
2. Moderate impairment with distorted appreciation of overall design and/or several errors of details or pieces; and/or needing repeated redirection to keep from getting lost in a newer environment despite, trouble locating familiar objects in immediate environment
3. Severe impairment on formal testing; and/or repeated wandering or getting lost in environment

© Trzepacz 1998

DRS-R-98 OPTIONAL DIAGNOSTIC ITEMS

These three items can be used to assist in the differentiation of delirium from other disorders for diagnostic and research purposes. They are added to the severity score for the total scale score, but are NOT included in the severity score.

14. Temporal onset of symptoms

Rate the acuteness of onset of the initial symptoms of the disorder or episode being currently assessed, not their total duration. Distinguish the onset of symptoms attributable to delirium when it occurs concurrently with a different preexisting psychiatric disorder. For example, if a patient with major depression is rated during a delirium episode due to an overdose, then rate the onset of the delirium symptoms.

0. No significant change from usual or longstanding baseline behavior
1. Gradual onset of symptoms, occurring over a period of several weeks to a month
2. Acute change in behavior or personality occurring over days to a week
3. Abrupt change in behavior occurring over a period of several hours to a day

15. Fluctuation of symptom severity

Rate the waxing and waning of an individual or cluster of symptom(s) over the time frame being rated. Usually applies to cognition, affect, intensity of hallucinations, thought disorder, language disturbance. Take into consideration that perceptual disturbances usually occur intermittently, but might cluster in period of greater intensity when other symptoms fluctuate in severity.

0. No symptom fluctuation
1. Symptom intensity fluctuates in severity over hours
2. Symptom intensity fluctuates in severity over minutes

16. Physical disorder

Rate the degree to which a physiological, medical or pharmacological problem can be specifically attributed to have caused the symptoms being assessed. Many patients have such problems but they may or may not have causal relationship to the symptoms being rated.

0. None present or active
1. Presence of any physical disorder that might affect mental state
2. Drug, infection, metabolic disorder, CNS lesion or other medical problem that specifically can be implicated in causing the altered behavior or mental state

© Trzepacz 1998

DRS-R-98 SCORESHEET

Name of patient: _____ Date: ____ / ____ / ____ Time: _____

Name of Rater: _____

SEVERITY SCORE:

TOTAL SCORE:

Severity Item	Item Score				Optional Information
Sleep-wake cycle	0	1	2	3	Naps Nocturnal disturbance only Day-night reversal
Perceptual disturbances	0	1	2	3	Sensory type of illusion or hallucination: auditory visual olfactory tactile Format of illusion or hallucination: simple complex
Delusions	0	1	2	3	Type of delusion: persecutory Nature: poorly formed systematized
Lability of affect	0	1	2	3	Type: angry anxious dysphoric elated irritable
Language	0	1	2	3	Check here if intubated, mute, etc.
Thought process	0	1	2	3	Check here if intubated, mute, etc.
Motor agitation	0	1	2	3	Check here if restrained <i>Type of restraints:</i>
Motor retardation	0	1	2	3	Check here if restrained <i>Type of restraints:</i>
Orientation	0	1	2	3	Date: Place: Person:
Attention	0	1	2	3	
Short-term memory	0	1	2	3	Record # of trials for registration of items: Check here if category cueing helped
Long-term memory	0	1	2	3	Check here if category cueing helped
Visuospatial ability	0	1	2	3	Check here if unable to use hands
Diagnostic Item	Item Score				Optional Information
Temporal onset of symptoms	0	1	2	3	Check here if symptoms appeared on a background of other psychopathology
Fluctuation of symptom severity	0	1	2		Check here if symptoms only appear during the night

Directions for use

The Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98) is a 16-item clinician-rated scale with two sections and a score sheet. The 13-item severity section can be scored separately from the 3-item diagnostic section; their sum constitutes the total scale score.

Though designed to be rated by psychiatrists, other physicians, nurses, and psychologists can use it if they have had appropriate clinical training in evaluating psychiatric phenomenology in medically ill patients. It can be used in research or comprehensive clinical evaluations.

All sources of available information are used to rate the patient—family, visitors, hospital staff, doctors, medical chart, and so on. Even a hospital roommate can contribute information.

Directives for scoring

Severity items are rated from 0 to 3 points and diagnostic items from 0 to either 2 or 3 points.

Despite text descriptions for each item rating, the rater may need to exercise judgment in scoring. At times an intermediate rating with a 0.5 point interval may be needed (e.g., 2.5 points) if the rater cannot decide between two choices.

In cases where an item cannot be rated at all, the rater should make a notation on the score sheet and decide later how to handle that item's scoring. If used clinically, altering the denominator of the maximum possible score may be acceptable.

Calculation of subscale scores

Maximal total score: 46

Maximal severity score: 39

Questions 1 to 14 on scale: fourteen 4 points item: 0, 1, 2, 3

Questions 15 and 16: three 3 points item: 0, 1, 2

Traduction: Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98)

Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Canary K, Norton J, Jimerson N. Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2001;13(2):229-42.

DELIRIUM RATING SCALE-R-98 (DRS-R-98)

1. Troubles du cycle veille/sommeil

Évaluez le cycle veille/sommeil en utilisant toutes les sources d'information, incluant la famille, le personnel soignant, les rapports des infirmières, et les dires du patient. Essayez de distinguer le sommeil du repos avec les yeux fermés.

0. Pas présent

1. Perturbation légère de la continuité du sommeil la nuit ou somnolence occasionnelle la journée.

2. troubles modérés du cycle veille-sommeil (par exemple, tomber endormi pendant les conversations, faire une sieste la journée ou plusieurs brefs éveils pendant la nuit avec confusion ou changement du comportement ou très court temps de sommeil la nuit)

3. rupture sévère du cycle veille-sommeil (par exemple, l'inversion jour/nuit ou fragmentation sévère du sommeil avec des périodes multiples de sommeil et de veille ou insomnie grave.)

2. Perturbations de la perception et hallucinations

Les illusions et les hallucinations peuvent être de n'importe quelle modalité sensorielle. Les perceptions erronées sont « simples » si elles sont peu compliquées, comme un bruit, un son, des couleurs, des taches, ou les flashes et « complexes » si elles sont multidimensionnelles, comme des voix, de la musique, des gens, des animaux, ou des scènes. Évaluez si les troubles sont rapportés par le patient ou le soignant, ou si impliqué dans l'observation.

0. Pas présent

1. perturbations perceptuelles légères (par exemple, sentiments de non-réalité ou de dépersonnalisation; ou le patient peut ne pas pouvoir distinguer les rêves de la réalité)

2. présence d'illusions

3. présence d'hallucinations

3. Illusions

Les illusions peuvent être de tout type, mais est le plus souvent persécutrices. Évaluez si rapporté par le patient, la famille ou le soignant. Évaluez si les idées sont peu susceptibles d'être vraies, sont crues par le patient qui ne peut en être dissuadé par la logique. Des idées illusoire ne peuvent pas être expliquées autrement que par le fond culturel ou religieux du patient.

0. Pas présent

1. modérément soupçonneux, hyper-vigilant et ou préoccupés

2. idées peu communes ou surévaluées qui ne prennent pas de proportions illusoire ou pourraient être plausibles

3. illusions

4. niveau de l'affect

Évaluez le degré d'affectation du patient sur base de la présentation extérieure des émotions et pas comme les décrivent le patient.

0. Pas présent

1. affectation émotive légèrement changée ou inconvenante à la situation ; changements d'heure en heure ; les émotions sont la plupart du temps sous self-control

2. affectation souvent inadéquate à la situation et changeante par intermittence; les émotions ne sont pas uniformément sous self-control, bien qu'elles répondent à la redirection par d'autres

3. affectation graves et désinhibition des émotions ; l'affect change rapidement, est inapproprié au contexte, et ne répond pas à la redirection réalisée par d'autres

5. Langage

Évaluez la langue parlée, écrite ou la langue de signes qui ne peut pas être attribuée au dialecte ou au bégaiement. Évaluez la maîtrise, la grammaire, la compréhension, le contenu sémantique et l'appellation. La compréhension du test et le langage non verbal est nécessaire pour le patient pouvoir répondre aux ordres.

0. Langage normal

1. diminution légère du langage comprenant la difficulté à trouver les mots ou les problèmes d'appellation ou de maîtrise
2. troubles modérés incluant les difficultés de compréhension ou les déficits de communication (contenu sémantique)
3. troubles sévères incluant le contenu sémantique absurde, la « salade de mots », le fait de rester muet, ou la diminution sévère de la compréhension

6. Anomalies du processus de la pensée

Évaluez les anomalies du processus de la pensée basé sur les résultats verbaux ou écrits. Si le patient ne peut pas parler ou écrire, n'évaluez pas cet item.

0. processus normal de la pensée

1. pensée tangentielle ou circonstancielle
2. associations mal réalisées de temps en temps, mais largement compréhensibles
3. associations mal réalisées la majeure partie du temps

7. Agitation motrice

Évaluez par l'observation, incluant d'autres sources comme les visiteurs, la famille et le personnel. N'incluez pas la dyskinésie, le tics, ou la chorée.

0. Aucune agitation

1. Agitation modérée ou mouvements moteur brut ou ne reste pas en place de façon modérée
2. Agitation motrice modérée incluant les mouvements excessifs des extrémités, arpentant, remuant, enlevant les perfusions, etc.
3. Agitation motrice sévère, telle que l'agressivité ou nécessité de contention ou d'isolement

8. Retard moteur

Évaluez les mouvements par observation directe ou d'autres sources d'observation telles que la famille, les visiteurs, ou le personnel. N'évaluez pas les composants du retard provoqués par des symptômes parkinsoniens. N'évaluez pas la somnolence ou le sommeil.

0. Aucune lenteur des mouvements volontaires

1. fréquence, spontanéité ou vitesse légèrement réduite des mouvements moteurs, à un degré qui peut interférer légèrement lors de l'évaluation.
2. Fréquence, spontanéité ou vitesse modérément réduite des mouvements moteurs, à un degré qui interfère la participation aux activités ou sur l'auto-soin
3. retard moteur sévère avec peu de mouvements spontanés.

9. Orientation

Les patients qui ne peuvent pas parler peuvent être évalués à l'aide d'une présentation visuelle ou auditive de réponses à choix multiples. Permettez au patient une erreur jusqu'à 7 jours au lieu de 2 jours pour des patients hospitalisés depuis plus de 3 semaines. La désorientation par rapport aux personnes signifie de ne pas identifier les personnes familières et peut être intacte même si la personne éprouve des difficultés à nommer la personne mais l'identifie correctement. La désorientation par rapport aux personnes est plus grave quand le patient ne sait plus sa propre identité. La désorientation par rapport aux personnes se produit généralement après la désorientation temporelle et/ou spatiale.

0. Correctement orienté par rapport à la personne, l'endroit et le temps

1. Désorientation temporelle (par exemple, erreur de plus de 2 jours ou mois ou année incorrect) ou spatiale (par exemple, nom du bâtiment, la ville, l'état), mais non les deux
2. Désorientation spatio-temporelle
3. Désorientation par rapport aux personnes

10. Attention

Les patients présentant des déficits sensoriels d'attention ou qui sont intubés ou qui sont maintenus en contention devraient être examinés en utilisant une modalité alternative à l'écriture. L'attention peut être évaluée pendant l'entrevue (par exemple, persévérance, distraction, et difficulté d'expression) et/ou par l'utilisation de tests spécifiques, par exemple, un digit span.

0. Alerte et attentif

1. légèrement distrait ou légères difficultés à maintenir l'attention mais capable de refocaliser. Sur un test formel fait seulement des erreurs mineures et n'est pas significativement lent dans ses réponses
2. inattention modérée avec difficulté de se focaliser et de maintenir son attention. Sur un test formel, nombreuses erreurs et exige une stimulation pour se focaliser ou finir la question
3. inattentions sévères pour se focaliser et/ou maintenir l'attention, avec beaucoup de réponses incorrectes ou inachevées ou incapacité de suivre des instructions. Distrait par d'autres bruits ou événements de l'environnement.

11. Mémoire à court terme

Définie par un rappel d'information (par exemple, 3 items présentés verbalement ou visuellement) après un délai d'environ 2 à 3 minutes. Formellement testée, l'information doit être enregistrée avant que le rappel soit examiné. Le nombre d'essais utiles pour l'enregistrement peut être noté sur la feuille de score.

Il n'est pas permis au patient de réentendre les mots durant la période de délai et doit être distrait durant ce temps. Le patient doit parler ou communiquer non verbalement avec l'évaluateur pour identifier les 3 items.

Des déficits à court terme notés pendant l'entrevue peuvent être employés également.

0. mémoire à court terme intact

1. rappel 2/3 items ; peut rappeler le troisième article après la fourniture d'un indice
2. rappels 1/3 items ; peut rappeler les articles manquant après la fourniture d'un indice
3. rappels 0/3 items

12. Mémoire à long terme

Peut-être évaluée formellement ou à travers l'interview pour le rappel d'informations générales personnelles (par exemple, antécédents médicaux ou l'information ou les expériences qui peuvent être corroborés d'une autre source) ou passées qui sont culturellement appropriées. Une fois formellement examiné, employez une modalité verbale et/ou visuelle pour 3 items qui sont enregistrés et rappelés après au moins 5 minutes. Le patient ne peut pas répéter les mots durant la période de délai. Faites les allocations pour des patients avec moins de 8 ans d'éducation ou qui sont mentalement retardés concernant des questions d'informations générales. L'estimation de la sévérité des déficits peut comporter un jugement au sujet de toutes les façons dont la mémoire à long terme peut être évaluée, y compris des capacités à long terme récentes et/ou à distance officiellement examinées pendant l'entrevue comme le test formel de la mémoire à long terme en utilisant 3 mots.

0. pas de déficit de la mémoire à long terme significatif

1. Rappel 2/3 des items et/ou a la difficulté mineure de se rappeler les détails d'une autre information à long terme
2. Rappel 1/3 items et/ou a des difficultés modérées de se rappeler d'autres informations à long terme
3. Rappels 0/3 items et/ou a de graves difficultés à se rappeler d'autres informations à long terme

13. Les capacités de visuelle et spatiale

évaluez officiellement et formellement. Considérez les difficultés d'orientation du patient dans un environnement connu. Examinez formellement en dessinant ou en copiant un dessin, en assemblant les pièces d'un puzzle, ou en dessinant une carte et en identifiant les villes principales, etc... Tenez compte de toutes les diminutions visuelles qui peuvent affecter l'exécution.

0. Aucun problème

1. Diminution légère de la capacité telle que la conception globale et la plupart des détails ou morceaux sont corrects ; et/ou peu de difficulté d'orientation dans son environnement
2. Troubles modérés de la conception globale et/ou de plusieurs erreurs de détails ou de morceaux ; et/ou ayant besoin de redirection répétée pour ne pas se perdre dans un nouvel

- environnement, ennui pour localiser les objets familiers
3. Troubles sévères dans les tests formels ; et/ou errance répétée ou se perdre dans l'environnement _

ARTICLES DRS-R-98 DIAGNOSTIQUES (FACULTATIFS)

Ces trois items peuvent être employés pour la différentiation du delirium des autres troubles dans un but de diagnostic et de recherches. Il est ajouté aux scores de sévérité pour l'obtention du score total, mais n'est pas inclus dans le score de sévérité.

14. Début temporel des symptômes

Évaluez l'intensité du début des symptômes initiaux du trouble ou de l'épisode étant actuellement évalué, non leur durée totale. Distinguez le début des symptômes attribuables à la démence quand il se produit en même temps qu'un désordre psychiatrique différent. Par exemple, si un patient présentant la dépression principale est évalué pendant un épisode de delirium lié à un surdosage, alors évaluez le début des symptômes de delirium.

0. Aucun changement significatif par rapport au comportement de base

1. Apparition graduelle des symptômes, se produisant sur une période de plusieurs semaines à un mois
2. Changement aigu du comportement ou de la personnalité se produisant quelques jours à une semaine
3. Changement brusque de comportement se produisant sur quelques heures à un jour

15. Fluctuation de la sévérité des symptômes

Évaluez le développement et l'intensité d'un ensemble de symptômes ou d'un symptôme individuel en dehors de la période évaluée. S'applique habituellement à la connaissance, les émotions, l'intensité des hallucinations, les troubles de la pensée, les perturbations du langage. Prenez en compte que les perturbations perceptuelles se produisent habituellement par intermittence, mais doivent être incluses dans la période d'une plus grande intensité quand d'autres symptômes fluctuent dans la sévérité.

0. pas de fluctuation de symptômes

1. L'intensité des symptômes fluctue à travers les heures
2. L'intensité des symptômes fluctue à travers les minutes

16. Troubles physiques

Évaluez le degré auquel un problème physiologique, médical ou pharmacologique peut être spécifiquement attribué pour avoir causé les symptômes étant évalués. Beaucoup de patients ont de tels problèmes mais ils peuvent ou peuvent ne pas avoir de rapport causal avec les symptômes évalués.

0. Aucun trouble présent ou actif

1. présence de troubles qui pourraient affecter l'état mental
2. médicaments, infection, trouble métabolique, lésion du système nerveux central ou tout autre problème médical qui peuvent être impliqués dans le changement de comportement ou de l'altération de l'état mental.

Feuille de score DRS-R-98

Nom du patient _____ date : ___ / ___ / ___ heure : _____

Nom de l'évaluateur : _____

Score de sévérité :

score total

Items de sévérité	Score de l'item				Informations facultatives
	0	1	2	3	
Cycle veille/sommeil	0	1	2	3	Petits sommes/siestes Troubles nocturnes seulement Inversion jour nuit
Troubles de la perception	0	1	2	3	Type sensoriel de l'illusion ou de l'hallucination : Auditive visuelle olfactive tactile Format de l'illusion ou de l'hallucination Simple complexe
Illusions	0	1	2	3	Type de désillusion : persécution Nature : mal formé systématisé
Emotions	0	1	2	3	Type : fâché anxieux dysphorique irritable exalté
Langage	0	1	2	3	Noter ici si intubé, muet, ...
Processus de la pensée	0	1	2	3	Noter ici si intubé, muet, ...
Agitation motrice	0	1	2	3	Noter ici si contention Type de contention :
Retard moteur	0	1	2	3	Noter ici si contention Type de contention :
Orientation	0	1	2	3	Date : Lieu : Personne :
Attention	0	1	2	3	
Mémoire à court terme	0	1	2	3	Noter le nombre d'essai pour l'enregistrement des items Noter si a du être aidé (indicage)
Mémoire à long terme	0	1	2	3	Noter si a du être aidé
Capacités viso-spatiale	0	1	2	3	Noter si impossibilité d'utiliser ses mains
Item diagnostic	Score de l'item				Information facultatives
Début temporel des symptômes	0	1	2	3	Noter ici si les symptômes sont apparus suite à une autre pathologie psychiatrique
Fluctuation de la sévérité des symptômes	0	1	2		Noter ici si les symptômes apparaissent uniquement la nuit

Directives pour l'utilisation

Le DRS-R-98 est une échelle d'évaluation de 16 items avec deux sections et une feuille de points. La section de sévérité (13 items) peut être marquée séparément de la section de diagnostic (3 items) ; leur somme constitue tous les points du DRS-R-98.

Développée pour être évaluée par des psychiatres, d'autres catégories de professionnels (médecins, infirmières, et psychologues) peuvent l'employer s'ils ont eu la formation clinique appropriée pour l'évaluation psychiatrique des patients.

Toutes les sources d'information disponibles sont employées pour évaluer le patient (famille, visiteurs, personnel d'hôpital, médecins, même un compagnon de chambre d'hôpital peut contribuer à l'information).

Directives pour l'attribution du score

Les articles de l'échelle de sévérité sont évalués de 0 à 3 points et les articles de la partie diagnostique de 0 à 2 ou 3 points. Elle peut être employée dans la recherche ou les évaluations cliniques complètes.

Parfois une estimation intermédiaire avec un intervalle de 0.5 point peut être nécessaire (par exemple, 2.5 points) si l'évaluateur ne peut pas trancher entre deux choix.

Dans les cas où un item ne peut pas être évalué du tout, l'évaluateur, si l'outil est utilisé médicalement, peut changer le dénominateur des points maximum (modification du score total maximal).

Calcul des scores des sous échelles

Score total maximum : 46

Score maximum échelle de sévérité: 39

Questions 1 à 14 : 4 possibilités de score : 0, 1,2,3

Questions 15-16 : 3 possibilités de score : 0,1, 2

Wat is BEST?

BEST staat voor BELgian Screening Tools en is een studie uitgevoerd door de Universiteit Gent, afdeling Verplegingswetenschap in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, en in samenwerking met de Université Catholique de Louvain.

Doel van BeST

Bedoeling van het project is het oprichten van een databank met wetenschappelijk gevalideerde meetinstrumenten. Met het oog op het objectiveren van de diagnostiek en van de resultaten van verpleegkundige interventies, zijn valide en betrouwbare meetinstrumenten een basisvoorwaarde om effectieve verpleegkundige zorg te kunnen bieden. Onze aandacht gaat uit naar meetinstrumenten voor de verpleegkundige interventies die bij de Minimale Verpleegkundige Gegevens gescoord worden.

Wat kan u vinden in dit rapport?

In dit rapport wordt de inhoud van het project alsook de gehanteerde methodologie beschreven. Vervolgens worden de verschillende meetinstrumenten per thema besproken. Bovendien wordt het instrument ter beschikking gesteld indien we hiertoe toestemming verkregen. Meetinstrumenten met een hoge betrouwbaarheid en validiteit werden tevens naar het Nederlands en het Frans vertaald.

Projectleiders UGent:
Prof. dr. T. Defloor
Prof. dr. M. Grypdonck

Projectmedewerkers UGent:
M. Daem
Dr. K. Vanderwee

Projectleider UCL:
Dr. M. Gobert

Projectmedewerkers UCL:
C. Piron

Projectleider FOD:
B. Folens

Projectmedewerkers FOD:
M. Lardennois

Gelieve bij elk gebruik van dit rapport als volgt te refereren:

Daem, M., Piron, C., Lardennois, M., Gobert, M., Folens, B., Vanderwee, K., Grypdonck, M., & Defloor T. (2007). Opzetten van een databank met gevalideerde meetinstrumenten: BEST-project. Brussel, Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.