

## The Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC) .

Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy MA. Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. J Pain Symptom Manage 2005 Apr;29(4):368-75.

| Features and descriptions                                                                                                                                                                            |             | Symptoms Rating (0-2) |             |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------|
| Symptom                                                                                                                                                                                              | Time Period | Midnight - 8 AM       | 8 AM - 4 PM | 4 PM - Midnight |
| I. Disorientation<br>Verbal or behavioural manifestation of not being oriented to time or place or misperceiving persons in the environment                                                          |             |                       |             |                 |
| II. Inappropriate behaviour<br>Behaviour inappropriate to place and/or for the person; e.g., pulling at tubes or dressings, attempting to get out of bed when that is contraindicated, and the like. |             |                       |             |                 |
| III. Inappropriate communication<br>Communication inappropriate to place and/or for the person; e.g., incoherence, noncommunicativeness, nonsensical or unintelligible speech.                       |             |                       |             |                 |
| IV. Illusions/Hallucinations<br>Seeing or hearing things that are not there; distortions of visual objects.                                                                                          |             |                       |             |                 |
| V. Psychomotor retardation<br>Delayed responsiveness, few or no spontaneous actions/words; e.g., when the patient is prodded, reaction is deferred and/or the patient is unarousable.                |             |                       |             |                 |
| Total score                                                                                                                                                                                          |             |                       |             |                 |

### Directions for use

The Nu-DESC don't require patient participation. Bedside nurses assess patient for every work shift. The completion time is on average 1 minute per patient, based on observations

### Directions for scoring

Symptoms are rated from 0 to 2 based on the presence and intensity of each symptom and individual ratings are added to obtain a total score per shift.

The scores are allotted as follows:

- 0 = no symptom;
- 1 = present but mild;
- 2 = présent and pronounced;

Maximal score obtain for each shift is 10. The patient is positive on Nu-DESC screening if presenting a screening score of 2 or higher.

## Traduction: The Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC).

Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy MA. Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. J Pain Symptom Manage 2005 Apr;29(4):368-75.

|                                                                                                                                                                                                           | Minuit- 8h | 8h – 16h | 16h-minuit |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|------------|
| Symptômes Période                                                                                                                                                                                         |            |          |            |
| I. Désorientation<br>Les manifestations verbale ou comportementale attestent la désorientation dans le temps ou l'espace ou de la mauvaise perception par rapport aux personnes dans l'environnement.     |            |          |            |
| II. Comportement inadéquat<br>Communication inadéquate par rapport à l'endroit et/ou à la personne ; par exemple, tire sur les tuyaux ou les vêtements, essaye de sortir du lit quand c'est contrindiqué. |            |          |            |
| III. Communication inadéquate<br>Communication inadéquate par rapport à l'endroit et/ou à la personne ; par exemple, incohérence, absence de communication, discours absurde ou inintelligible.           |            |          |            |
| IV. Illusions/hallucination<br>Le patient voit ou entend des choses qui ne sont pas là ; déformations des objets visuels.                                                                                 |            |          |            |
| V. Retard Psychomoteur<br>Réponse retardée, peu ou aucuns actions/mots spontanés ; par exemple, quand le patient est touché, la réaction est reportée et/ou le patient est non réveillable.               |            |          |            |
| <b>Score total</b>                                                                                                                                                                                        |            |          |            |

### Directives d'utilisation

Le Nu-DESC ne demande pas la participation du patient. A la fin de chaque pause (période de travail), l'infirmière note l'évolution et l'intensité du comportement du patient basé sur l'observation au cours de la période de travail. Le temps requis pour compléter le Nu-DESC est en moyenne de 1 minute par patient.

### Directives pour l'attribution du score

Les symptômes sont évalués de 0 à 2 basés sur la présence et l'intensité de chaque symptôme. Les différentes estimations sont additionnées pour obtenir le score total par période.

Les scores sont attribués comme suit :

0 = pas de signe ;

1 = présence d'un signe moyen ;

2= présence du signe de façon prononcée.

Le score maximal total est de 10. Le patient est considéré comme ayant un symptôme du delirium s'il obtient un score de deux ou plus.

Le temps utilisé pour remplir le Nu-DESC est d'environ une minute par patient.

## ÉCHELLE DE DÉPISTAGE DU DÉLIRIUM (Nu-DESC)

| Date (mois, jour)                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|                                                                                                     | N | J | S | N | J | S | N | J | S | N | J | S |
| Désorientation                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Comportement inapproprié                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Communication inappropriée                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Illusions/Hallucinations                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ralentissement phys/mental                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Pointage par période :                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <small>Si N.E., écrire : a=sommeil naturel; b=sédation induite; c=stupeur ou coma; d=autres</small> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Si pointage totale est  $\geq$  à 2; CAM effectuée le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_  
 Résultat : \_\_\_\_\_

| Date (mois, jour)                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|                                                                                                     | N | J | S | N | J | S | N | J | S | N | J | S |
| Désorientation                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Comportement inapproprié                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Communication inappropriée                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Illusions/Hallucinations                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ralentissement phys/mental                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Pointage par période :                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <small>Si N.E., écrire : a=sommeil naturel; b=sédation induite; c=stupeur ou coma; d=autres</small> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Si pointage totale est  $\geq$  à 2; CAM effectuée le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_  
 Résultat : \_\_\_\_\_

## ÉCHELLE DE DÉPISTAGE DU DÉLIRIUM (Nu-DESC)

1. Noter l'absence ou la présence des cinq manifestations comportementales de délirium à la fin de chaque quart de travail, aux huit heures; N: Nuit / J: Jour / S: Soir.
2. Utiliser les définitions suivantes :
  - a. Désorientation: **Manifestations verbales ou comportementales indicatives d'une mauvaise orientation dans le temps et/ou l'espace ou d'un mauvais discernement des personnes dans l'environnement.**
  - b. Comportement inapproprié: **Comportement inapproprié pour l'endroit et/ou pour la personne, par exemple, arracher ses sondes ou ses pansements, essayer de sortir du lit alors que c'est contre-indiqué, être constamment agité, réagir de façon exacerbée aux stimuli.**
  - c. Communication inappropriée: **Communication inappropriée pour l'endroit et/ou pour la personne, par exemple, incohérence, état d'incommunicabilité, discours inintelligible ou insensé.**
  - d. Illusions/Hallucinations: **Voir ou entendre des choses qui ne sont pas réellement présentes; distorsion dans la perception des objets.**
  - e. Ralentissement physique et/ou mental inhabituel, en tenant compte de la condition médicale: **Temps de réaction allongé, peu ou pas d'actions/de paroles spontanées; par exemple, lors de l'interaction avec le patient, celui-ci réagit toujours après un laps de temps et/ou il est difficile à stimuler/à réveiller.**
3. Coter chacune des cinq manifestations comportementales comme suit :  
0 = comportement absent durant le quart de travail.  
1 = comportement présent durant le quart de travail, mais peu prononcé, ni en durée ni en intensité.  
2 = comportement présent durant le quart de travail et prononcé, soit en durée, soit en intensité (toute autre situation que 0 ou 1).  
N.E. = non-évaluable.\*
4. Recueillir les observations des proches du patient si ceux-ci mentionnent avoir été témoins de manifestations comportementales anormales, potentiellement indicatives d'un délirium; dans le doute, il est toujours recommandé de s'enquérir auprès des proches afin d'établir si le patient a présenté ou non des symptômes de délirium au cours du quart de travail.
5. À partir du témoignage des proches du patient quant à la durée et à l'intensité du (des) comportement(s) anormal(aux) noté(s), déterminer le pointage des proches, selon les critères décrits aux points 2 et 3. Inscrire ce pointage, encerclé, à droite de celui de l'infirmière, dans la même case : ce sont les pointages individuels les plus élevés pour chaque case qui seront additionnés afin d'obtenir le pointage total.

\* Inscrire N.E. seulement s'il a été impossible d'évaluer le comportement du patient durant toute la durée du quart de travail;

En préciser la raison:    a = sommeil naturel  
                                     b = sédation induite par la médication  
                                     c = stupeur ou coma  
                                     d = autre raison