

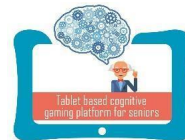


Базирана на таблети когнитивна игрална платформа за възрастни хора

2018-1-TR01-KA204-058258

IO3 Достъпна платформа за обучение за обучители

„Тази информация отразява само гледната точка на Консорциума и Комисията не носи отговорност за каквото и да е използване на информацията, която съдържа.“



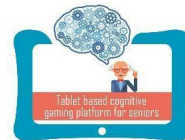
А. Входен кратък тест

Моля, оценете своите способности и умения в ежедневието.

1. Имате ли нужда често да питате едно и също нещо многократно?
☐ Изобщо не
☐ Понякога
☐ Често
☐ Не се прилага
2. Имате ли проблеми със запомнянето на срещи, семейни поводи, празници?
☐ Изобщо не
☐ Понякога
☐ Често
☐ Не се прилага
3. Имате ли проблеми с използването на банкова карта, плащането на сметки, изчисляването на сметката и т.н.?
☐ Изобщо не
☐ Понякога
☐ Често
☐ Не се прилага
4. Имате ли проблеми с самостоятелното пазаруване (например дрехи или хранителни стоки)?
☐ Изобщо не
☐ Понякога
☐ Често
☐ Не се прилага
5. Изгубвате ли се, докато се разхождате или шофирате на познати места?
☐ Изобщо не
☐ Понякога
☐ Често
☐ Не се прилага

В. Предварителен тест гериатрична скала

Моля, определете вашата ситуация за следните дейности.



1. По принцип доволен ли си от живота си?
☐ Да
☐ Не
2. Когато остареете, изоставили ли сте много от вашите дейности и интереси?
☐ Да
☐ Не
3. Чувствате ли, че животът ви е празен или чувствате липса на цел?
☐ Да
☐ Не
4. Вие ли сте през повечето време?
☐ В добро настроение и/или енергичен
☐ Безнадеждни и/или безпомощни
5. Предпочитате ли да си останете въкъщи, вместо да излизате и да правите нови неща?
☐ Да
☐ Не
6. Смятате ли, че имате повече проблеми с паметта от повечето хора?
☐ Да
☐ Не
7. Имате ли здравословен социален живот в сравнение с вашите връстници?
☐ Да
☐ Не

С. Въпросник за функционални дейности (ЧЗВ)

Моля, определете нивото на зависимост за следните дейности

1. Пазаруване на дрехи, домакински нужди или хранителни стоки.
☐ Напълно зависим
☐ Изисква помощ
☐ Има затруднения, но може да се справи сам
☐ Може да прави самостоятелно



2. Извършване на домакински задължения като приготвяне на чаша кафе/чай, почистване, пране, работа с основни домакински уреди.
 - ☐ Напълно зависим
 - ☐ Изисква помощ
 - ☐ Има затруднения, но може да се справи сам
 - ☐ Може да прави самостоятелно

3. Обръщане на внимание, разговор или разбиране на телевизионно предаване или разговор между приятели.
 - ☐ Напълно зависим
 - ☐ Изисква помощ
 - ☐ Има затруднения, но може да се справи сам
 - ☐ Може да прави самостоятелно

4. Запомняне на срещи, семейни поводи, празници, лекарства.
 - ☐ Напълно зависим
 - ☐ Изисква помощ
 - ☐ Има затруднения, но може да се справи сам
 - ☐ Може да прави самостоятелно

5. Пътуване извън квартала, шофиране на непознато място, използване на градски транспорт.
 - ☐ Напълно зависим
 - ☐ Изисква помощ
 - ☐ Има затруднения, но може да се справи сам
 - ☐ Може да прави самостоятелно

D. Оценка на проблемното поведение - Когнитивни симптоми

Моля, определете нивото или честотата на следните когнитивни симптоми

1. Чувствате се/действате объркано, извън зоната или празно?
 - ☐ Повечето или през цялото време
 - ☐ Често
 - ☐ Понякога
 - ☐ Почти никога / изключително рядко

2. Говори или мърмори на себе си?
 - ☐ Повечето или през цялото време
 - ☐ Често
 - ☐ Понякога
 - ☐ Почти никога / изключително рядко



3. Чувате или виждате неща, които не са били там?

- ☐ Повечето или през цялото време
- ☐ Често
- ☐ Понякога
- ☐ Почти никога / изключително рядко

4. Забравяте имената на членове на семейството или близки приятели?

- ☐ Повечето или през цялото време
- ☐ Често
- ☐ Понякога
- ☐ Почти никога / изключително рядко

5. Забравяте правилните думи за използване?

- ☐ Повечето или през цялото време
- ☐ Често
- ☐ Понякога
- ☐ Почти никога / изключително рядко

Е. Оценка на проблемното поведение - Симптоми на поведение

Моля, определете нивото или честотата на следните поведенчески симптоми

1. Да крещиш или псуваш хора/неща/събития?

- ☐ Повечето или през цялото време
- ☐ Често
- ☐ Понякога
- ☐ Нито един път

2. Чувствате се или се държите неспокойни или развълнувани?

- ☐ Повечето или през цялото време
- ☐ Често
- ☐ Понякога
- ☐ Нито един път

3. Чувствате се или се държите уплашени без основателна причина?

- ☐ Повечето или през цялото време
- ☐ Често
- ☐ Понякога
- ☐ Нито един път



4. Показване на неподходящо сексуално поведение?

- ☐ Повечето или през цялото време
- ☐ Често
- ☐ Понякога
- ☐ Нито един път

5. Отказваш да бъдеш оставен сам?

- ☐ Повечето или през цялото време
- ☐ Често
- ☐ Понякога
- ☐ Нито един път