

## RADAR

Reconocimiento Activo del Delirium Adaptado a su Rutina

**Paciente:**

**Profesional:**

**Fecha:**

**Hora:**

**Al administrar la medicación al/la paciente:** (marque Sí o No):

1. **¿El/la paciente estaba somnoliento/a?**  
Sí / No
2. **¿El/la paciente tenía dificultades para seguir sus instrucciones?**  
Sí / No
3. **¿El/la paciente tenía los movimientos enlentecidos?**  
Sí / No

### Instrucciones específicas

Ítem de RADAR	Instrucciones
¿E/la paciente estaba somnoliento/a?	¿Tenía tendencia a dormirse? ¿Tenía dificultades para permanecer despierto/a?
¿El/la paciente tenía dificultades para seguir sus instrucciones?	¿Ha cogido la medicación cuando se la ha dado? ¿Ha tendido la mano? ¿Se ha llevado la medicación a la boca? ¿Ha cogido el vaso de agua (o ha bebido) al ofrecérselo? ¿Ha seguido visualmente los movimientos o gestos que usted hacía cuando le hablaba (contacto visual)?
¿El/la paciente tenía los movimientos enlentecidos?	¿Se movía lentamente? ¿Estaba enlentecido/a al sentarse, caminar o recibir la medicación?
Si observa alguna de estas conductas desde la administración de la medicación, <b>marque "Sí"</b> . En caso de duda, <b>marque también "Sí"</b> .	