Notatki

PRZYDATNE SKALE KLINICZNE W PIELĘGNIARSTWIE



Skale kliniczne



Ból

- VAS
- NRS
- VRS
- MPQ
- NPQ
- DN-4
- Doloplus-2
- HIT-6
- ODI

Stan odżywienia

- BMI
- WHR
- NRS-2002
- SGA
- MNA
- MUST

Stan psychiczny

- GAD-7
- GDS
- HDRS
- PHQ-9
- HADS
- BDI
- GHQ
- KPD
- PANSS

Funkcjonowanie

- Barthel
- Katz (ADL)
- Lawton (IADL)
- Karnofsky
- ECOG
- Wskaźnik Repty

Jakość życia

- SF-36
- EQ-5D
- WHO-QoL-100
- WHO-QoL-BREF

Siła mięśniowa

- Tinetti
- Lovetta
- Morse'a
- MRC
- Wstań i idź

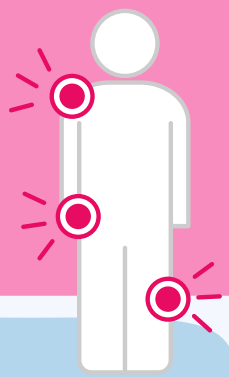
Funkcje poznawcze

- MMSE
- MoCA
- AMTS
- NOSGER
- Mini-COG
- GDS

Wywiad

- OLD CART
- FIFE
- SAMPLE

Skale kliniczne do oceny bólu

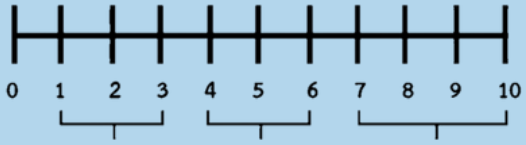


VAS



0 - brak bólu 1-3 - ból łagodny 4-6- ból umiarkowany 8-9-ból silny 10-ból nie do wytrzymania

NRS



brak bólu ból łagodny ból umiarkowany silny ból

VRS

0 - Brak bólu
1 - Ból łagodny
2 - Ból umiarkowany
3 - Ból silny
4 - Ból nie do zniesienia

Ból pleców

ODI
NDI
RMDQ
STarT Back Screening Tool



Ból neuropatyczny

NPQ
DN4
LANSS
S-LANSS



Ból głowy

HIT-6



Wonga-Bakera



Brak bólu / Trochę boli / Boli trochę bardziej / Boli jeszcze bardziej / Boli dużo bardziej / Boli najbardziej

Faces Pain Scale



Nie boli — Boli bardzo mocno

VAS

Opis

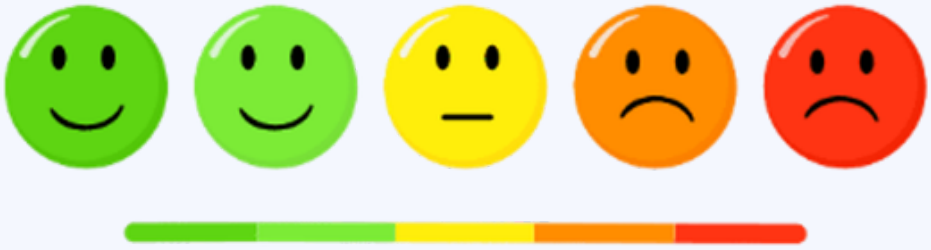
Wizualna skala analogowa (ang. Visual Analogue Scale - VAS) została użyta po raz pierwszy przez Hayesa i Pattersona w 1921 roku. To jedna z najczęściej wykorzystywanych skal do subiektywnej oceny dolegliwości bólowych przez pacjenta. VAS to skala jednowymiarowa, określająca nasilenie dolegliwości bólowych. Jest stosowana zarówno w przypadkach ostrych oraz przewlekłych. Skala VAS służy do monitorowania zmian w odczuwanym bólu przez dorosłego pacjenta. Znajduje zastosowanie u osób z chorobami reumatycznymi, przewlekłym bólem, chorobą nowotworową, alergicznym nieżytem nosa. Oprócz oceny bólu, skala bywa stosowana do badania nastroju, apetytu, objawów astmy, dyspepsji oraz sprawności ruchowej.

Interpretacja

Skala obejmuje kontinuum od 1 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 najwyższe natężenie bólu. Przedziały nasilenia bólu są następujące:

- 0 - brak bólu,
- 1-3 - ból łagodny,
- 4-6- ból umiarkowany,
- 7-9-ból silny,
- 10-ból nie do wytrzymania.

Skala



0 brak bólu | 1-3 ból łagodny | 4-6 ból umiarkowany | 7-9 ból silny | 10 ból nie do zniesienia



0 brak bólu | 1 2 3 ból łagodny | 4 5 6 ból umiarkowany | 7 8 9 ból silny | 10 ból nie do zniesienia

brak bólu — bardzo silny ból

VRS



Opis

Skala werbalna (ang. Verbal Rating Scale – VRS) umożliwia ocenę bólu w sposób opisowy. Skala składa się z listy określeń opisujących różne poziomy nasilenia bólu. Każda liczba ma przypisaną wartość nasilenia dolegliwości bólowych. Odpowiednio skonstruowana skala VRS powinna uwzględniać określenia opisujące wartości skrajne tego wymiaru. Istnieje wiele przykładów werbalnych skal oceny. Obejmują one zakres od prostych skal czterostopniowych (np. od braku bólu do bólu silnego), po piętnastostopniowe skale. Najczęściej wykorzystuje się czterostopniową lub pięciostopniową skalę psychometryczną Likerta, gdzie przyjmuje się wybrane oznaczenia w skali rosnącej.

Skala



brak bólu | **ból łagodny** | **ból umiarkowany** | **ból silny** | **ból bardzo silny**

0 - Brak bólu
1 - Ból łagodny
2 - Ból umiarkowany
3 - Ból silny
4 - Ból nie do zniesienia

0 - brak bólu
1 - brak bólu w spoczynku, łagodny ból w ruchu
2 - łagodny ból w spoczynku, umiarkowany ból w ruchu
3 - umiarkowany ból w spoczynku, silny ból w ruchu
4 - silny ból w spoczynku i w ruchu

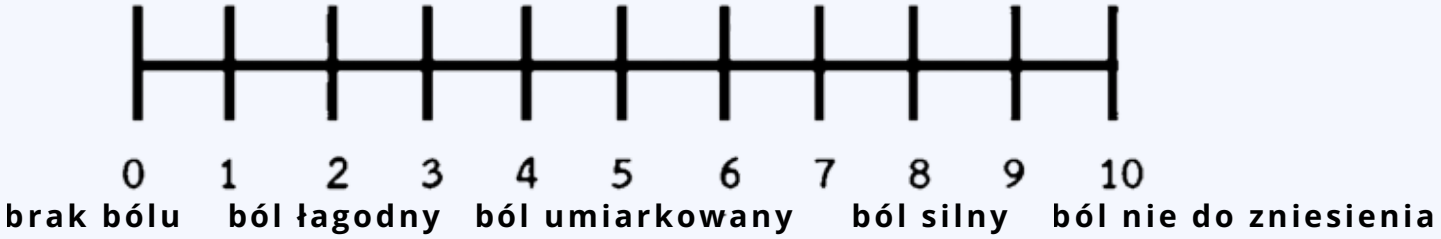
0 - brak bólu lub dyskomfortu
1 - łagodny ból, brak konieczności przyjmowania analgetyków
2 - umiarkowany ból, brak konieczności przyjmowania analgetyków
3 - silny ból, zaburzenia funkcjonowania, konieczność przyjmowania analgetyków, które mogą przynosić niewielką poprawę lub jej brak

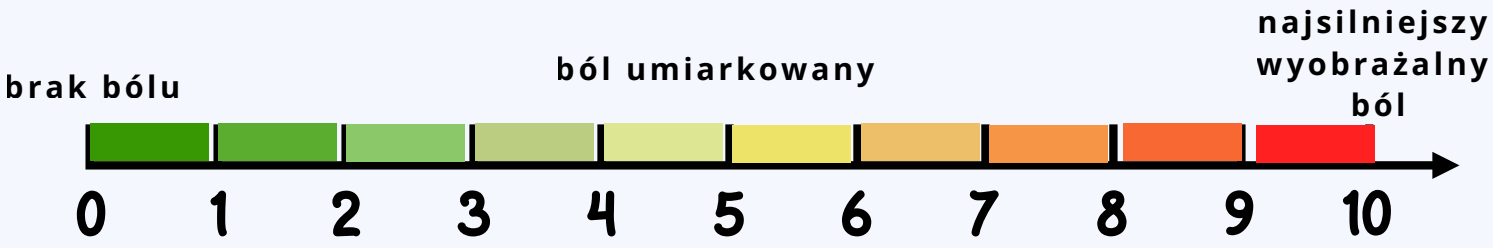
NRS

Opis

Skala numeryczna (ang. Numerical Rating Scale – NRS) obejmuje 10 stopni natężenia bólu, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 najbardziej nasilony ból. NRS to często wykorzystywana w praktyce klinicznej skala jednowymiarowa, określająca intensywność dolegliwości bólowych. Jest najczęściej przedstawiana w formie cyfr lub linijki. W badaniach naukowych oraz praktyce klinicznej używane są również skale 5, 6, 11, 21 oraz 101-stopniowa. Podczas badania pacjent wskazuje liczbę odpowiadającą natężeniu odczuwanego bólu.

Skala





Skala 5-stopniowa:
0 1 2 3 4
Skala 6-stopniowa:
0 1 2 3 4 5
Skala 11-stopniowa (0-10):
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Skala 11-stopniowa (0-100):
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Skala 21-stopniowa:
0 5 10 15 20 15 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100
Skala 101-stopniowa:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33
34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50
51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67
68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84
85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Skala Wonga-Bakera

Opis

Skala Wonga-Bakera (ang. Wong Baker Faces Pain Rating Scale) jest narzędziem służącym do subiektywnej oceny natężenia bólu u dzieci w wieku od 3 lat, które potrafią wskazać twarz najlepiej odzwierciedlającą odczuwany ból. Skala przedstawia sześć ilustracji twarzy odpowiadających kolejnym poziomom nasilenia bólu, co ułatwia komunikację z dzieckiem i ocenę dolegliwości.

Skala



0 — Brak bólu /
2 — Trochę boli /
4 — Boli trochę bardziej /
6 — Boli jeszcze bardziej /
8 — Boli dużo bardziej /
10 — Boli najbardziej

Skala bólu czytana z twarzy

Opis

Skala FPS (ang. Faces Pain Scale) jest subiektywnym narzędziem służącym do oceny natężenia bólu u dzieci, które potrafią określić odczuwane dolegliwości. Znajduje również zastosowanie u pacjentów z zaburzeniami poznawczymi. Skala przedstawia sześć rysunków twarzy odzwierciedlających stopniowo narastające nasilenie bólu – od braku bólu do najsilniejszego możliwego bólu. Pacjent wskazuje twarz najlepiej odpowiadającą odczuwanemu bólowi, a wynik oceniany jest w skali 0, 2, 4, 6, 8, 10 punktów.

Skala



Nie boli

Boli bardzo mocno

SAMPLE



Opis

Schemat SAMPLE jest ustrukturyzowanym narzędziem wykorzystywanym do zbierania wywiadu medycznego u pacjentów w stanie nagłego zdarzenia. Umożliwia szybkie zgromadzenie najważniejszych informacji dotyczących objawów, alergii, chorób współistniejących, przyjmowanych leków oraz okoliczności zdarzenia.

Schemat

S	Symptoms	Objawy
A	Allergies	Uczulenia
M	Medication	Przyjmowane leki
P	Past Medical History / Pregnancy	Przebyte choroby / ciąża
L	Last Meal	Ostatni posiłek
E	Environment / Events Preceding the Incident	Środowisko / wydarzenia poprzedzające zdarzenie

OPQRST



Opis

Schemat OPQRST jest narzędziem stosowanym w pielęgniarstwie i ratownictwie medycznym. Jest wykorzystywany podczas zbierania wywiadu z pacjentem, w celu oceny dolegliwości bólowych oraz innych nagłych objawów. Umożliwia ocenę zgłaszanych dolegliwości, obejmującą ich początek, czynniki wywołujące i łagodzące, charakter, lokalizację, nasilenie oraz czas trwania, co ułatwia rozpoznanie problemu i zaplanowanie dalszego postępowania.

Schemat

O	**Onset – początek**	Kiedy ból się pojawił? Czy był nagły, czy narastał stopniowo?
P	**Provocation / Palliation – czynniki wywołujące lub łagodzące**	Co nasila ból, a co go zmniejsza?
Q	**Quality – charakter**	Czy ból jest kłujący, tępy, piekący, pulsujący itp.?
R	**Region / Radiation – lokalizacja i promieniowanie**	Gdzie dokładnie boli? Czy ból promieniuje w inne miejsca?
S	**Severity – nasilenie**	Jak silny jest ból? (np. w skali NRS od 0 do 10)
T	**Time – czas trwania i zmienność**	Jak długo trwa ból? Czy się nasila, czy ustępuje?

OLD CART



Opis

Schemat OLD CART jest narzędziem wykorzystywanym do pogłębionej oceny objawów zgłaszanych przez pacjenta podczas zbierania wywiadu. Umożliwia szczegółową analizę dolegliwości, uwzględniając ich początek, lokalizację, czas trwania, charakter, czynniki nasilające i łagodzące oraz zastosowane leczenie.

Schemat

O	**Początek (onset)**	Od kiedy pacjent odczuwa dolegliwość? Czy pojawiła się nagle? Czy ma związek z wykonywaniem określonej czynności? O jakiej porze dnia występuje?
L	**Lokalizacja (location)**	Gdzie zlokalizowana jest dolegliwość?
D	**Czas trwania (duration)**	Jak długo pacjent odczuwa dolegliwość?
C	**Charakter dolegliwości (characteristics)**	Jaki charakter ma dana dolegliwość? Czy ból jest ostry, tępy, ćmiący, piekący, pulsujący, przeszywający, opasujący, narastający? Czy pojawia się nagle czy stopniowo? Czy jest okresowy czy stały?
A	**Czynniki nasilające (Aggravating factors)**	Czy występują czynniki nasilające dolegliwość?
R	**Czynniki łagodzące (Relieving factors)**	Czy występują czynniki zmniejszające nasilenie dolegliwości?
T	**Leczenie (treatment)**	Czy pacjent stosował leczenie w celu zmniejszenia dolegliwości? Czy przyjmował leki, stosował zimno, ciepło lub inne metody łagodzenia objawów?

FIFE



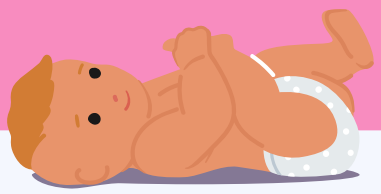
Opis

Schemat FIFE jest strategią prowadzenia wywiadu, która pozwala lepiej poznać pacjenta, jego dolegliwości oraz doświadczenia związane z chorobą. Obejmuje ocenę odczuć (feelings), wyobrażeń dotyczących choroby (ideas), wpływu choroby na funkcjonowanie pacjenta (function) oraz jego oczekiwań wobec leczenia (expectations). Zastosowanie schematu sprzyja budowaniu relacji terapeutycznej oraz umożliwia bardziej indywidualne podejście do pacjenta.

Schemat

F	**Uczucia (feelings)**	**Jakie uczucia, obawy lub wątpliwości towarzyszą pacjentowi w związku z chorobą?** „Czy ma Pan/i szczególne obawy, niepokoje lub wątpliwości?" „Czego Pan/i najbardziej się boi?"
I	**Wyobrażenia (Ideas)**	**Jak pacjent postrzega przyczynę i charakter choroby** „Jak Pan/i myśli, co może być przyczyną choroby?" „Co według Pana/i mogło spowodować zaburzenia, chorobę?" „Co Pan/i sądzi o bólu?" „Jaki jest najlepszy sposób eliminowania bólu?"
F	**Funkcjonowanie (function)**	**W jaki sposób choroba wpływa na codzienne funkcjonowanie pacjenta** „W jaki sposób choroba zmieniła Pana/i funkcjonowanie?" „Jakie zmiany spowodowała choroba?" „Z czego musiał/a Pan/i zrezygnować" „Jakie cele ma Pan/i teraz w życiu?" „W jaki sposób choroba wpływa na Pana/i cele?" „W jaki sposób choroba wpływa na Pana/i relacje?
E	**Oczekiwania (expectations)**	**Jakie są oczekiwania pacjenta wobec personelu medycznego i leczenia** „Czego oczekuje Pan/i od lekarza/pielęgniarki/położnej? „Co mogę dla Pana/i zrobić?" „Czego Pan/i oczekuje w zakresie leczenia/pielęgnowania?"

APGAR



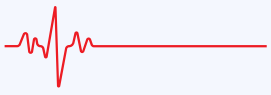
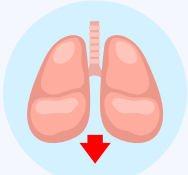
Opis

Skala Apgar jest narzędziem służącym do oceny podstawowych funkcji życiowych u noworodka bezpośrednio po urodzeniu. Ocenia pięć parametrów w skali punktowej 0-2. Możliwe jest zdobycie maksymalnie 10 punktów.

Interpretacja

Stan noworodka (wynik Apgar)	Czas wykonania oceny
8–10 pkt (stan dobry)	Dwukrotnie – w 1. i 5. minucie życia
4–7 pkt (stan średni)	Czterokrotnie – w 1., 3., 5. i 10. minucie życia
0–3 pkt (stan ciężki)	Czterokrotnie – w 1., 3., 5. i 10. minucie życia

Skala

		0	1	2
A	**Appearance Skóra**	Bladość, sinica 	Tułów różowy, sine kończyny 	Różowa na całym ciele 
P	**Pulse Czynność serca**	Brak 	<100 ud./min. 	>100 ud./min. 
G	**Grimace Grymas**	Brak 	Grymas 	Płacz, kaszel, kichanie 
A	**Activity Napięcie mięśniowe**	Brak, wiotkość 	Obniżone, zaznaczone ułożenie zgięciowe 	Ułożenie zgięciowe 
R	**Respiration Oddech**	Brak 	Płytki 	Głośny krzyk 

FLACC



Opis

Skala FLACC (ang. Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) jest behawioralnym narzędziem służącym do oceny bólu u niemowląt i małych dzieci, które same nie potrafią ocenić bólu.

Interpretacja

Punkty	Nasilenie bólu	Zalecane postępowanie
0	Brak bólu, pełen komfort	Nie wymaga interwencji przeciwbólowej
1–3	Łagodny ból	Obserwacja, metody niefarmakologiczne
4–6	Ból umiarkowany	Wskazane nieopioidowe leki przeciwbólowe
7–10	Silny ból, dyskomfort	Wskazane opioidowe leki przeciwbólowe

Skala

		0	1	2
F	**Wyraz twarzy**	Bez szczególnego wyrazu, uśmiech	Okresowe grymasy, marszczy brwi, markotne	Częste lub stałe grymasy, drżąca bródka
L	**Ułożenie nóg**	Zrelaksowane	Nisspokojne, napięte	Kopie, podciąga
A	**Aktywność**	Leży spokojnie, łatwo się porusza	Wierci się, napięty	Wygina się, sztywnieje
C	**Płacz**	Nie płacze	Popłakuje, jęczy, kwili	Płacze, łka, krzyczy
C	**Możliwość ukojenia**	Spokojne, zadowolone	Daje się utulić	Trudno utulić

Skala Lansky'ego



Opis

Skala Lansky'ego jest pediatrycznym narzędziem służącym do oceny stanu ogólnego oraz jakości życia dzieci z chorobą nowotworową.

Skala

100	Pełna aktywność, sprawność normalna
90	Niewielkie ograniczenie przy nasilonym wysiłku fizycznym
80	Aktywny, ale szybciej się męczy
70	Równoczesne ograniczenie i skrócenie czasu aktywnego wysiłku fizycznego
60	Wykonuje codzienne czynności, minimalna aktywność fizyczna, preferuje czynności wymagające umiarkowanego wysiłku
50	Ubiera się samodzielnie, ale większość dnia leży, uczestniczy w spokojnych czynnościach
40	Większość czasu spędza w łóżku, uczestniczy w spokojnych czynnościach
30	Pozostaje głównie w łóżku, wymaga pomocy nawet przy najspokojniejszych czynnościach
20	Często śpi, jedynie biernie uczestniczy w najspokojniejszych czynnościach
10	Nie opuszcza łóżka, nie uczestniczy w żadnych czynnościach
0	Zgon

Skala Silvermana-Andersen



Opis

Skala Silvermana-Andersen, opracowana przez Williama Silvermana i Dorothy Andersen, jest narzędziem służącym do oceny układu oddechowego u noworodka. Ocenia 5 objawów klinicznych. Im wyższy wynik, tym większe ryzyko zaburzeń oddychania i niewydolności oddechowej oraz konieczności zastosowania wspomagania oddechu.

Interpretacja

Każdy z 5 parametrów jest oceniany w skali punktowej 0-2.

Liczba punktów	Interpretacja
0 pkt	Prawidłowa wydolność układu oddechowego
1-3 pkt	Łagodny dyskomfort oddechowy
4-6 pkt	Umiarkowany dyskomfort oddechowy
7-10 pkt	Niewydolność oddechowa

Skala

Objaw	Stopień 0	Stopień I	Stopień II
Ruch przedniej ściany klatki piersiowej	Synchronicznie z nadbrzuszem	Opóźnienie przy wydechu	Przeciwnie do nadbrzusza
Zapadanie międzyżebrzy przy wdechu	Brak	Nieznaczne	Wyraźne
Zapadanie mostka przy wdechu	Brak	Nieznaczne	Wyraźne
Ruch skrzydełek nosa	Brak	Nieznaczne	Wyraźne
Stękanie wydechowe	Brak	Słyszalne przy osłuchiwaniu stetoskopem	Wyraźnie słyszalne

Skala Rossa



Opis

Skala Rossa jest narzędziem służącym do oceny stopnia niewydolności krążenia u noworodków i niemowląt.

Interpretacja

Liczba punktów	Interpretacja
0–2	Brak niewydolności serca
3–6	Początkowe objawy niewydolności serca
7–9	Miernie nasilona niewydolność serca
10–12	Ciężka niewydolność serca

Skala

Objaw	0	1	2
Karmienie – jednorazowo spożyta ilość (ml)	>100	70–100	<70
Karmienie – czas trwania (min)	<40	>40	—
Oddechy – częstość (/min)	<50	50–60	>60
Oddechy – tor oddychania	Prawidłowy	Nieprawidłowy	—
Częstość akcji serca (/min)	<160	160–170	>170
Powiększenie wątroby (cm)	<2	2–3	>3
Perfuzja obwodowa	Prawidłowa	Nieprawidłowa	—

NIPS



Opis

Skala NIPS (ang. Neonatal Infant Pain Scale) jest behawioralnym narzędziem służącym do oceny bólu u noworodków urodzonych o czasie oraz wcześniaków. NIPS stosuje się między innymi przed, w trakcie i po wykonaniu bolesnych procedur medycznych, analizując sześć parametrów behawioralnych i fizjologicznych.

Interpretacja

Należy ocenić każdy parametr i zsumować punkty. Skala punktowa wynosi 0-1 w przypadku większości paramterów oraz 0-2 w przypadku płaczu. Całkowity przedział punktowy wynosi 0-7.

Punkty	Ból	Interpretacja
0–2	Brak lub łagodny	Brak interwencji przeciwbólowej
3–4	Łagodny do umiarkowanego	Metody niefarmakologiczne
>4	Silny	Metody niefarmakologiczne i farmakologiczne, ocena po 30 min.

Skala

Parametr	0	1	2
Wyraz twarzy	Zrelaksowany	Grymas	
Płacz	Nie płacze	Kwili	Płacze
Wzorzec oddechu	Zrelaksowany	Zmiany w oddychaniu	
Ułożenie rąk	Spokojne Zrelaksowane	Napięte Rozciągnięte	
Ułożenie nóg	Spokojne Zrelaksowane	Napięte Rozciągnięte	
Stan pobudzenia	Śpi Obudzone	Grymasi	

NFCS



Opis

Skala NFCS (ang. Neonatal Facial Coding System) jest narzędziem służącym do oceny bólu u wcześniaków oraz noworodków urodzonych o czasie na podstawie obserwacji mimiki twarzy.

Interpretacja

Ocenie podlega 10 wskaźników, którym przypisuje się punktację od 0 do 1, a suma punktów odzwierciedla nasilenie odczuwanego bólu. Im wyższy uzyskany wynik, tym większe nasilenie bólu i konieczność wdrożenia odpowiedniego postępowania przeciwbólowego. Maksymalna liczba punktów wynosi 10 dla wcześniaków lub 9 dla noworodków urodzonych o czasie, ponieważ w ocenie nie jest brany pod uwagę ostatni parametr.

Skala

Symptom	Brak	Pojawił się
Marszczenie brwi	0	1
Oczy zamknięte, ściśnięte	0	1
Pogłębiony fałd nosowo-wargowy	0	1
Otwarte usta	0	1
Pionowe rozciągnięcie ust	0	1
Poziome rozciągnięcie ust	0	1
Naprężony język	0	1
Drżenie bródki	0	1
Zacięte wargi	0	1
Pogrubienie języka (u noworodków donoszonych oznacza brak bólu)	0	1

PIPP



Opis

Skala PIPP (ang. Premature Infant Pain Profile) to narzędzie stworzone do oceny natężenia bólu proceduralnego u wcześniaków oraz bólu pooperacyjnego u noworodków donoszonych. Dziecko należy nagrywać kamerą przez 45 sekund, w tym czasie zapisując parametry co 3 sekundy. Następnie dokonuje się analizy zapisu.

Interpretacja

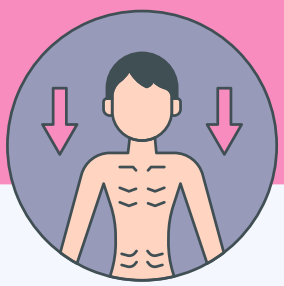
Skala ocenia wybrane parametry w skali od 0 do 3.

Punkty	Ból
0–6 pkt	Brak bólu
6-12 pkt	Ból umiarkowany
>12 pkt	Silny ból

Skala

		0	1	2	3
Wiek od poczęcia		**36 tygodni i więcej**	**32-35 tyg., 6 dni**	**28-31 tyg., 6 dni**	**< 28 tygodni**
Obserwacja przez 15 s.	**Zachowanie**	Aktywne/nie śpi	Ciche/nie śpi	Aktywne/śpi	Ciche/śpi
		Oczy otwarte	Oczy otwarte	Oczy zamknięte	Oczy zamknięte
		Zmiana wyrazu twarzy	Brak zmiany wyrazu twarzy	Zmiana wyrazu twarzy	Brak zmiany wyrazu twarzy
Obserwacja przez 30 s.	**Tętno**	Wzrost o 0-4 u/min.	Wzrost o 5-14 u/min.	Wzrost o 15-24 u/min.	Wzrost >25 u/min.
	Wysycenie hemoglobiny tlenem	Spadek o 0-2,4%	Minimalny spadek o 2,5-4,9%	Umiarkowany spadek o 5-7,4%	Maksymalny spadek o 7,5 i więcej
	Uniesienie brwi	0-9% czasu	10-39% czasu	40-69% czasu	70% czasu i dłużej
	Zaciśnięcie powiek	0-9% czasu	10-39% czasu	40-69% czasu	70% czasu i dłużej
	Bruzda nosowo-wargowa	0-9% czasu	10-39% czasu	40-69% czasu	70% czasu i dłużej

MUST



Opis

Skala MUST (ang. malnutrition universal screening tool) to narzędzie przesiewowe służące do oceny ryzyka niedożywienia u osób dorosłych, w tym osób starszych, zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i szpitalnych. Zaleca się jej stosowanie przy pierwszym kontakcie z pacjentem w POZ oraz w każdej sytuacji klinicznej sugerującej możliwe zaburzenia odżywiania.

Interpretacja

Każdy obszar jest punktowany w skali 0-2. Wynik 0 punktów oznacza niskie ryzyko niedożywienia, 1 punkt wskazuje średnie ryzyko niedożywienia, a wynik w przedziale 2-6 punktów określa wysokie ryzyko niedożywienia oraz konieczność wdrożenia interwencji żywieniowej.

Punkty	Ryzyko niedożywienia	Zalecane postępowanie
0 pkt	Niskie	Standardowa opieka kliniczna oraz okresowa ocena stanu odżywienia (co 1-3 miesiące)
1 pkt	Umiarkowane	Porada żywieniowa oraz ponowna ocena stanu odżywienia pacjenta po 1–3 miesiącach
2–6 pkt	Wysoki	Natychmiastowa interwencja żywieniowa - modyfikacja diety, rozważenie włączenia doustnych preparatów odżywczych, konsultacja dietetyczna, regularne monitorowanie stanu odżywienia. W przypadku braku poprawy skierowanie pacjenta do poradni żywieniowej.

Skala

1.BMI

Waga (kg)	Wzrost (m)	BMI	Punkty

BMI>20 = 0, BMI 18,5-20 = 1 punkt, BMI<18,5 =2 punkty

2. Nieplanowana utrata masy ciała w ciągu 3-6 miesięcy

Waga początkowa (kg)	Waga obecna (kg)	% Utrata masy ciała	Punkty

<5% = 0 punktów, 5-10% = 1 punkt, >10% = 2 punkty

3. Ostra choroba bez przyjmowania pokarmu >5 dni

Tak	Nie	Punkty

Nie = 0 punktów, Tak = 2 punkty

Doreen Norton



Opis

Skala Doreen Norton jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi do oceny ryzyka rozwoju odleżyn u pacjentów hospitalizowanych oraz wymagających długotrwałej opieki.

Interpretacja

Każdy parametr oceniany jest w skali od 1 do 4 punktów, a maksymalny wynik wynosi 20 punktów. Wynik poniżej 14 punktów wskazuje na zwiększone ryzyko rozwoju odleżyn i konieczność wdrożenia odpowiednich działań profilaktycznych.

Punkty	Interpretacja wyniku
14–20 pkt	Niskie ryzyko rozwoju odleżyn lub brak ryzyka
<14 pkt	Zwiększone ryzyko rozwoju odleżyn, działania profilaktyczne
≤12 pkt	Wysokie ryzyko rozwoju odleżyn

Skala

	4	3	2	1
Stan fizyczny	dobry	dość dobry	zły	bardzo zły
Świadomość	uważny	apatyczny	zdezorientowany	śpiączka/stupor
Aktywność	samodzielny	porusza się z pomocą	siedzi	brak
Zmiana pozycji ciała	pełna	lekko ograniczona	znacznie ograniczona	brak
Nietrzymanie moczu i stolca	nie występuje	sporadycznie	często	stale

Braden



Opis

Skala Braden jest często stosowanym narzędziem do oceny ryzyka rozwoju odleżyn u pacjentów hospitalizowanych i objętych opieką długoterminową.

Interpretacja

Skala ocenia sześć obszarów. Łączny wynik mieści się w zakresie od 6 do 23 punktów. Niższa liczba punktów oznacza większe ryzyko rozwoju odleżyn.

Punkty	Interpretacja wyniku
19-23 pkt	Brak ryzyka
15-18 pkt	Niskie ryzyko
13-14 pkt	Umiarkowane ryzyko
10-12 pkt	Wysokie ryzyko
≤9 pkt	Bardzo wysokie ryzyko

Skala

Czynnik ryzyka	1	2	3	4
Odbieranie bodźców	całkowicie ograniczone	ograniczone	lekko ograniczone	w normie
Wilgotność skóry	stale wilgotna	bardzo wilgotna	okazyjnie wilgotna	rzadko wilgotna
Mobilność	całkowite unieruchomienie	ograniczona	lekko ograniczona	prawidłowa
Aktywność	unieruchomienie	na wózku	rzadko chodzi	często chodzi
Stan odżywienia	zły	nieodpowiedni	odpowiedni	prawidłowy
Siły ścinające / tarcie	nie występują	okresowo	stale	

Douglas



Opis

Skala Douglas jest wykorzystywana do oceny ryzyka rozwoju odleżyn u pacjentów hospitalizowanych. Uwzględnia sześć kluczowych czynników ryzyka: stan odżywienia, aktywność, czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej, ból, stan skóry oraz stan świadomości, umożliwiając identyfikację pacjentów wymagających wdrożenia działań profilaktycznych.

Interpretacja

Każdy z ocenianych czynników punktowany jest w skali od 0 do 4 punktów. Maksymalnie można uzyskać 24 punkty, przy czym im niższy wynik, tym większe ryzyko rozwoju odleżyn. Za zwiększone ryzyko wystąpienia odleżyn uznaje się wynik ≤18 pkt.

.

Punkty	Interpretacja wyniku
19-24 pkt	Brak ryzyka
≤18 pkt	Zwiększone ryzyko rozwoju odleżyn

Skala

Czynnik ryzyka	4	3	2	1	0
Stan odżywienia (Hb)	Dieta pełnowartościowa	Dieta niewłaściwa	Tylko płyny	Żywienie pozajelitowe lub Hb < 10 g%	–
Aktywność	Chodzi samodzielnie	Chodzi z trudnością	Wózek inwalidzki	Stale pozostaje w łóżku	–
Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	Pełna czynność zwieraczy	Sporadyczne moczenie się	Nietrzymanie moczu	Całkowite nietrzymanie moczu i stolca	–
Ból	Brak bólu	Ból śladowy	Okresowo	Związany z ruchem	Stały ból lub dyskomfort
Stan skóry	Skóra niezmieniona	Skóra sucha, cienka, zaczerwieniona	Uszkodzenia powierzchniowe	Uszkodzenia tkanek głębokich lub jam	–
Stan świadomości	Pełna przytomność i świadomość	Apatia	Stupor	Brak współpracy	Śpiączka

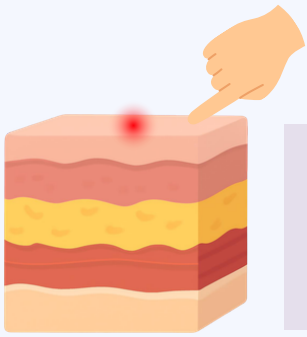
Skala Torrance'a



Opis

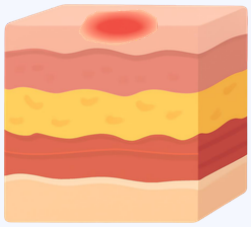
Skala Torrance'a jest narzędziem wykorzystywanym do oceny stopnia zaawansowania odleżyn oraz monitorowania procesu gojenia ran odleżynowych. Klasyfikuje odleżyny na pięć stopni, uwzględniając głębokość uszkodzenia tkanek i rozległość zmian, co ułatwia dobór odpowiedniego postępowania.

Skala



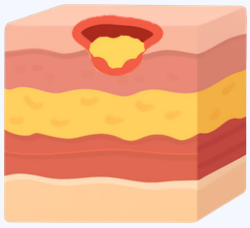
Stopień I

- Zaczerwienienie blednące pod wpływem ucisku
- Brak przerwania ciągłości naskórka



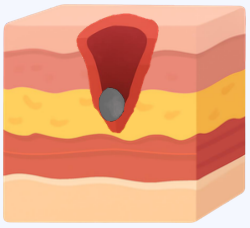
Stopień II

- Niebledнące zaczerwienienie
- Możliwy obrzęk
- Skóra nadal ciągła



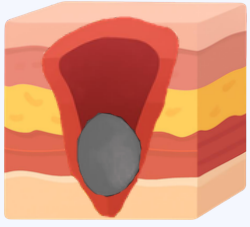
Stopień III

- Uszkodzenie naskórka i części skóry właściwej
- Brzeg rany dobrze odgraniczony
- Otarcie, pęcherz, niewielki ubytek powierzchowny
- Dno wypełnia czerwona ziarnina lub żółte masy rozpadających się tkanek



Stopień IV

- Uszkodzenie pełnej grubości skóry z odsłonięciem tkanki podskórnej
- Dno odleżyny może pokrywać czarna martwica



Stopień V

- Uszkodzenie pełnej grubości skóry i tkanek z odsłonięciem struktur głębokich (mięśnie, ścięgna, kość)
- Martwica lub rozległe uszkodzenia
- Rana wypełniona czarnobrązowymi masami rozpadających się tkanek

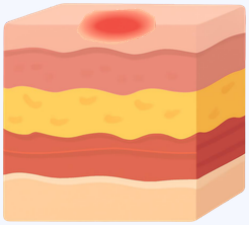
EPUAP/NPIAP



Opis

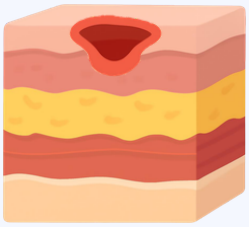
Klasyfikacja EPUAP/NPIAP (ang. European Pressure Ulcer Advisory Panel / National Pressure Injury Advisory Panel) jest międzynarodowym systemem służącym do oceny stopnia zaawansowania odleżyn. Umożliwia ujednoliconą ocenę głębokości uszkodzenia tkanek, wspomaga planowanie leczenia oraz monitorowanie procesu gojenia ran.

Skala



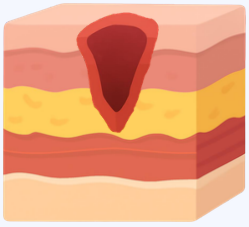
Stopień I
Nienaruszona skóra z utrzymującym się zaczerwienieniem

- Rumień nie blednie przy ucisku
- Skóra nieprzerwana
- Możliwe stwardnienie, obrzęk, ochłodzenie, ucieplenie



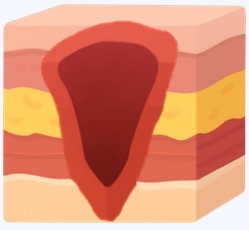
Stopień II
Uszkodzenie części grubości skóry

- Obejmuje naskórek i skórę właściwą
- Otarcie, pęcherz, ubytek skóry z różowym/czerwonym dnem
- Brak martwicy
- Niewidoczna tkanka tłuszczowa



Stopień III
Uszkodzenie pełnej grubości skóry

- Utrata ciągłości skóry na całej grubości z odsłonięciem tkanki podskórnej
- Widoczna tkanka tłuszczowa, bez odsłonięcia kości, ścięgien, mięśni
- Możliwa martwica lub wysięk



Stopień IV
Uszkodzenie pełnej grubości tkanek z odsłonięciem struktur głębokich

- Widoczne kości, ścięgna, mięśnie
- Często martwica, wysięk, tunelowanie

Stopień V
Nieokreślony stopień

- Pełna grubość uszkodzenia, dno rany zasłonięte przez czarną martwicę lub strup
- Stopień możliwy do określenia dopiero po oczyszczeniu

Stopień VI
Uszkodzenie głębokich tkanek

- Uszkodzenie głębokich tkanek na skutek ucisku lub sił ścinających, zwykle utrzymujące się ciemnoczerwone, brunatne lub fioletowe przebarwienia skóry lub pęcherz wypełniony krwią

Trójkąt rany



Opis

Jednym z podstawowych narzędzi oceny rany jest trójkąt rany, obejmujący ocenę łożyska rany, jej brzegów oraz tkanek otaczających w promieniu do 5 cm od brzegów. Po przeprowadzeniu oceny klinicznej ranę należy poddać ocenie z wykorzystaniem odpowiedniej skali, dobranej w zależności od jej etiologii.



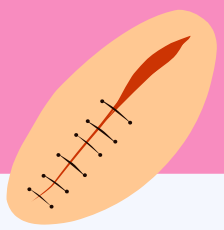
Kolorowa skala oceny ran

Opis

Kolorowa skala oceny ran uwzględnia niedokrwienie, ziarninę, owrzodzenia i rany otwarte, martwicę rozpływną, martwicę suchą oraz rany ostre wymagające oczyszczenia chirurgicznego.



CDC



Opis

Klasyfikacja czystości ran chirurgicznych według CDC (ang. Center for Disease Control) jest powszechnie stosowana do oceny ryzyka zakażenia ran chirurgicznych. Skala dzieli rany na cztery kategorie, w tym ranę czystą, czystą-skażoną, skażoną oraz brudną/zakażoną. Klasyfikacja znajduje szerokie zastosowanie w chirurgii, epidemiologii szpitalnej oraz profilaktyce zakażeń, ułatwiając planowanie postępowania okołooperacyjnego i ocenę jakości opieki.

Skala

Stopień	Typ	Opis
I	**Rana czysta**	Brak naruszenia układu oddechowego, pokarmowego, moczowego, dróg rodnych Brak oznak zakażenia Przykład: plastyka przepukliny, operacje ortopedyczne
II	**Rana czysta-skażona**	Umiarkowane skażenie mikroorganizmami z naturalnej flory (np. układ pokarmowy, moczowy, oddechowy) Bez aktywnej infekcji Przykład: cholecystektomia laparoskopowa bez pęknięcia pęcherzyka żółciowego
III	**Rana skażona**	Występuje znaczne naruszenie jałowości pola operacyjnego Przykład: świeże otwarte rany pourazowe, wyciek treści z przewodu pokarmowego, obecność ostrego stanu zapalnego
IV	**Rana brudna/zakażona**	Stare, źle leczone rany pourazowe z martwicą Występuje zakażenie lub perforacja narządu Przykład: perforacja jelita grubego, ropień, martwica tkanek

TILI



Opis

Skala TILI (ang. Therapeutic Index for Local Infections) jest narzędziem wspomagającym ocenę miejscowego zakażenia rany oraz podejmowanie decyzji o wdrożeniu leczenia przeciwdrobnoustrojowego. Składa się z dwóch komponentów: sześciu pośrednich kryteriów klinicznych zakażenia oraz trzech kryteriów bezpośrednich, których obecność wskazuje na konieczność zastosowania antyseptyków i/lub opatrunków przeciwdrobnoustrojowych.

Interpretacja

Występowanie co najmniej pięciu z sześciu kryteriów pośrednich lub przynajmniej jednego kryterium bezpośredniego stanowi wskazanie do wdrożenia postępowania zgodnego ze strategią TIME(RS).

Zasady postępowania:

1. Rozpoznanie i dokumentacja zakażenia miejscowego rany.
2. Rozważenie pobrania materiału do badania mikrobiologicznego.
3. Włączenie miejscowego i/lub ogólnego leczenia przeciwdrobnoustrojowego.

Skala

Wskazania pośrednie

Rumień wokół rany



Miejscowy wzrost ucieplenia



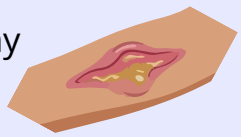
Obrzęk lub naciek okolicy rany



Ból samoistny lub przy ucisku



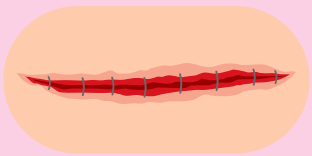
Upośledzone gojenie rany



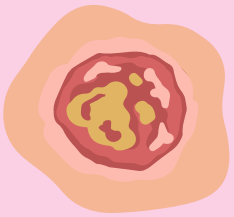
Zwiększenie ilości, gęstości i/lub zmiana zabarwienia albo zapachu wysięku



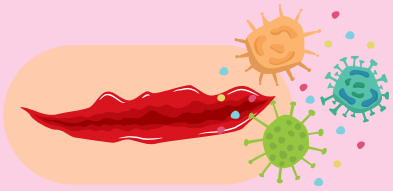
Wskazania bezpośrednie



Niegojąca się rana pooperacyjna



Obecność ropy w ranie



Obecność patogenów w ranie

NERDS I STONEES



Opis

Skale NERDS i STONEES są narzędziami wykorzystywanymi do oceny zakażenia ran przewlekłych oraz różnicowania zakażenia powierzchniowego i głębokiego. Skala NERDS uwzględnia 5 objawów sugerujących miejscowe zakażenie powierzchniowe, a STONEES 7 objawów wskazujących na głębsze zakażenie tkanek.

Interpretacja

Wynik oceny	Interpretacja
<3 objawów łącznie w obu skalach	Rana czysta
>3 objawy w NERDS i < 3 w STONEES	Rana zakażona z objawami infekcji powierzchniowej
>3 objawy w skali STONEES	Rana zakażona z objawami infekcji głębokiej

Skala

N	Non healing	Mimo podjętych działań, rana nie goi się
E	Exudate increasing	Płyn początkowo przezroczysty, później surowiczo-ropny na skutek działania bakterii, może być obecna krew
R	Red and bleeding surface tissue	Tkanka ziarninowa jest zaczerwieniona i krwawi
D	Debris slough or eschar	Martwica sucha lub rozpływna w obrębie rany
S	Smell or odour from wound	Nieprzyjemny zapach spowodowany degradacją tkanek i działaniem bakterii beztlenowych

S	Size is bigger	Owrzodzenie zajmuje coraz większą powierzchnię, na skutek rozprzestrzeniania się bakterii
T	Temperature is increased	Miejscowo podwyższona temperatura w obrębie tkanek objętych zakażeniem
O	Os – probes to bone or bone visible	Odsłonięcie kości lub kość wyczuwalna za pomocą narzędzia
N	New areas of breakdown	Nowe owrzodzenie, oddzielone od wcześniejszych
E	Exudate increasing	Zwiększona ilość wysięku z rany
E	Erythema/edema	W obrębie rany pojawia się rumień i/lub obrzęk
S	Smell	Nieprzyjemny zapach

W.A.R.



Opis

Skala W.A.R. (ang. Wound-At-Risk) jest narzędziem służącym do oceny ryzyka rozwoju zakażenia rany. Uwzględnia trzy grupy czynników ryzyka: czynniki związane z raną, czynniki ogólnoustrojowe oraz czynniki środowiskowe i społeczne. Łączny wynik pozwala określić indywidualne ryzyko zakażenia i dobrać właściwe postępowanie terapeutyczne.

Interpretacja

Punkty	Interpretacja	Zalecane postępowanie
0-2 pkt	Niskie ryzyko infekcji	Obserwacja, środki ochrony podstawowej
3-5 pkt	Umiarkowane ryzyko infekcji	Profilaktyka przeciwdrobnoustrojowa
≥6 pkt	Wysokie ryzyko infekcji	Leczenie przeciwdrobnoustrojowe i specjalistyczne

Skala

Skala ryzyka	Przykłady	Punkty
I	a) nabyte choroby immunosupresyjne (np. cukrzyca) b) upośledzenia immunologiczne nabyte na skutek terapii c) nowotwór lity d) uogólnione zaburzenia hematologiczne e) zaburzenia w gojeniu rany pooperacyjnej - gojenie wtórne f) rany potencjalnie ciężko skontaminowane odbytu, genitaliów g) problemy higieniczne h) wiek powyżej 80 lat i) rana niegojąca się dłużej niż rok j) rozmiar rany przekraczający 10 cm2 k) rany przewlekłe o głębokości > 1,5 cm l) hospitalizacja > 3 tygodni	1 za każdy czynnik
II	a) ciężkie nabyte upośledzenie odporności (np. HIV) b) ciężko skontaminowane rany ostre c) ukąszenia, rany kłute, postrzelenia, o głębokości 1,5–3,5 cm	2 za każdy czynnik
III	a) oparzenia obejmujące > 15% powierzchni ciała b) rany pozostające w bezpośrednim kontakcie z narządami lub strukturami oraz rany zawierające ciało obce c) ciężkie wrodzone upośledzenia odporności d) ukąszenia, rany kłute oraz postrzałowe głębsze niż 3,5 cm	3 za każdy czynnik

MCW - Marjolin's Chronic Wound



Opis

Do oceny ran nowotworowych stosuje się między innymi skalę MCW (ang. Marjolin's Chronic Wound). Owrzodzenie Marjolina to nowotwór złośliwy rozwijający się na podłożu przewlekłych owrzodzeń i blizn.

Interpretacja

Stadium	Charakterystyka rany
I	Skóra nieuszkodzona
IN	Rana powierzchowna, skóra twarda, włóknista
II	Otwarta rana z zajęciem naskórka i skóry właściwej
III	Ubytek skóry pełnej grubości z zajęciem tkanki podskórnej
IV	Naciek struktur leżących głębiej

Skala

Element oceny	Charakterystyka (skrótowo)
Rozmiar rany	Ocena powierzchni rany (postęp lub regresja)
Głębokość rany	Ocena naciekania tkanek (stopień zaawansowania)
Stan brzegów rany	Ocena morfologii brzegów (np. twarde, podniesione, bolesne)
Wydzielina	Ocena koloru, ilości, zapachu
Zakażenie	Obecność oznak infekcji (zaczerwienienie, obrzęk, ropa)

PEDIS



Opis

Skala PEDIS jest narzędziem stosowanym do kompleksowej oceny owrzodzeń stopy cukrzycowej oraz określenia ich stopnia zaawansowania. Uwzględnia pięć kluczowych elementów wpływających na rokowanie i planowanie leczenia: ukrwienie, rozmiar rany, głębokość, zakażenie oraz czucie ochronne.

Skala

P	**Perfusion (ukrwienie)**	Badanie tętna, wskaźnik kostka–ramię (ABI), $TcPO_2$
E	**Extent (rozmiar)**	Powierzchnia rany (cm^2)
D	**Depth (głębokość)**	Dokąd dochodzi rana (np. do skóry, mięśni, kości)
I	**Infection (zakażenie)**	Obecność objawów zapalenia tkanek
S	**Sensation (czucie)**	Obecność lub utrata czucia ochronnego (np. test monofilamentem)

SINBAD



Opis

Skala SINBAD (ang. Site, Ischemia, Neuropathy, Bacterial infection, Area, Depth) jest narzędziem służącym do oceny owrzodzeń stopy cukrzycowej w codziennej praktyce klinicznej.

Interpretacja

Skala ocenia sześć parametrów związanych z charakterystyką rany, z których każdy punktowany jest w skali 0–1, co daje maksymalnie 6 punktów.
Wynik ≥ 3 punktów sugeruje opóźnienie lub zaburzenia leczenia zespołu stopy cukrzycowej.

Skala

S	**Lokalizacja**	Przodostopie Śródstopie i tył stopy	0 1
I	**Niedokrwienie**	Przepływ krwi utrzymany Brak przepływu krwi	0 1
N	**Neuropatia**	Czucie utrzymane Brak czucia	0 1
B	**Infekcja bakteryjna**	Brak Obecna	0 1
A	**Powierzchnia**	Owrzodzenie < 1 cm^2 Owrzodzenie > 1 cm^2	0 1
D	**Głębokość**	Ograniczona do skóry Penetruje do mięśni, ścięgien lub głębiej	0 1

UNIVERSITY OF TEXAS



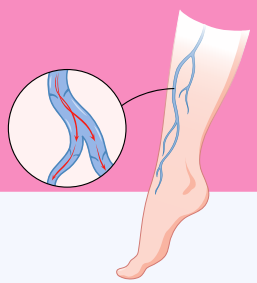
Opis

Klasyfikacja University of Texas służy do oceny zaawansowania owrzodzeń zespołu stopu cukrzycowej. Uwzględnia głębokość rany i obecność powikłań (zakażenie, niedokrwienie), co pozwala ocenić rokowanie, gojenie oraz ryzyko amputacji.

Skala

Głębokość	
0	Brak otwartej rany, zagrożenie owrzodzeniem, wyleczona rana lub powierzchowna zmiana skórna
I	Owrzodzenie powierzchowne, ograniczone do naskórka i/lub skóry właściwej
II	Owrzodzenie penetrujące do ścięgna lub torebki stawowej
III	Owrzodzenie penetrujące do kości lub stawu
Powikłania	
A	Czysta rana, brak zakażenia i niedokrwienia
B	Rana zakażona
C	Rana z niedokrwieniem
D	Rana z zakażeniem i niedokrwieniem

CEAP



Opis

Klasyfikacja CEAP (ang. Clinical–Etiological–Anatomical–Pathophysiological) jest systemem klasyfikacji przewlekłych chorób żylnych, w tym przewlekłej niewydolności żylnej. Umożliwia kompleksową ocenę pacjenta, poprzez uwzględnienie obrazu klinicznego, etiologii, lokalizacji anatomicznej oraz mechanizmu patofizjologicznego choroby.

Skala

Element	Klasyfikacja	Opis
C Clinical (klasy kliniczne)	C0	Brak widocznych ani wyczuwalnych oznak choroby żylnej
	C1	Teleangiektazje lub żylaki siateczkowate
	C2	Żylaki
	C3	Obrzęk bez zmian skórnych
	C4	Przebarwienia, wyprysk żylny, lipodermatoskleroza, zanik biały (atrophie blanche)
	C5	Wygojone owrzodzenie żylne
	C6	Objawy C1-C4 + czynne owrzodzenie żylne
E Etiological (etiologia)	Ep	Pierwotna (idiopatyczna)
	Es	Wtórna (np. pozakrzepowa)
	Ec	Wrodzona
	En	Nieokreślona
A Anatomical (lokalizacja anatomiczna)	As	Układ żył powierzchownych
	Ad	Układ żył głębokich
	Ap	Żyły przeszywające
	An	Nieokreślona
P Pathophysiological (mechanizm patofizjologiczny)	Pr	Refluks żylny
	Po	Niedrożność
	Pro	Refluks i niedrożność
	Pn	Brak uchwytnego mechanizmu

Malignant Cutaneous Wound (MCW)

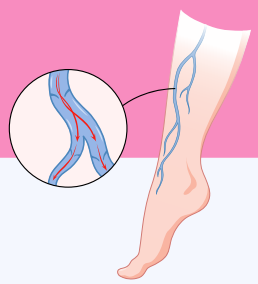
Opis

Klasyfikacja Malignant Cutaneous Wound (MCW) jest narzędziem służącym do oceny ran nowotworowych oraz monitorowania ich progresji. Uwzględnia stopień naciekania tkanek, wygląd rany, wilgotność, obecność bólu, nieprzyjemnego zapachu oraz występowanie tunelowania.

Skala

	Opis rany	Kolor	Wilgotność	Ból	Zapach	Tunelowanie
1	Zamknięta, nienaruszona skóra	—	Sucha	Nie	Nie	Nie
IN	Zamknięta lub powierzchniowo otwarta, następnie zamknięta; tkanka twarda, włóknista (desmoplazja)	Czerwony / różowy	Sucha	Nie	Nie	Nie
2	Otwarta obejmująca naskórek i skórę właściwą	Czerwony / różowy, czasem żółty	Mieszana (sucha i wilgotna)	Możliwy	Tak (może)	Tak
3	Otwarta obejmująca pełną grubość skóry i tkankę podskórną	Czerwony / różowy / żółty	Wilgotna	Możliwy	Tak	Tak
4	Otwarta z naciekaniem głębszych struktur	—	—	Tak	Tak	Często występuje

Skala Fontaine'a



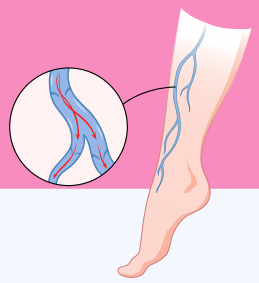
Opis

Skala Fontaine'a jest narzędziem służącym do klinicznej oceny stopnia zaawansowania przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych. Klasyfikacja opiera się na nasileniu objawów klinicznych oraz wartości wskaźnika kostka–ramię (ABI), umożliwiając ocenę stopnia zaawansowania choroby i planowanie dalszego postępowania.

Skala

Stopień	Objawy	ABI
1	Zwykle bez objawów klinicznych, mogą występować mrowienia i drętwienia, zwiększona wrażliwość na zimno	0,89–0,7
2A	Chromanie przestankowe powyżej 200 m	0,69–0,41
2B	Chromanie przestankowe poniżej 200 m	0,69–0,41
3	Ból spoczynkowy, deficyt ukrwienia najwyższy w dystalnych częściach kończyn, ból zwłaszcza w nocy	0,4–0,2
4	Zmiany martwicze, owrzodzenia, zgorzel, bardzo silne bóle spoczynkowe	<0,2

Skala Rutherforda



Opis

Skala Rutherforda jest narzędziem wykorzystywanym do oceny stopnia zaawansowania niedokrwienia kończyn dolnych na podstawie objawów klinicznych.

Skala

Stopień	Objawy kliniczne
0	Brak objawów
1	Niewielkie chromanie przestankowe
2	Umiarkowane chromanie przestankowe
3	Ciężkie chromanie przestankowe
4	Ból spoczynkowy
5	Niewielkie uszkodzenie tkanek
6	Duże uszkodzenie tkanek

TIME(RS)



Opis

TIMERS to akronim stosowany w zarządzaniu ranami, który wskazuje kluczowe zasady wspierające prawidłowy proces gojenia rany. Stosowanie TIMERS pomaga w kompleksowej ocenie rany i wyborze odpowiedniej strategii leczenia. Strategia ta jest nowoczesnym modelem postępowania w leczeniu ran przewlekłych, a jej celem jest stworzenie optymalnych warunków gojenia rany. Model TIME został rozszerzony do TIME(RS) o dwa dodatkowe elementy.

Skala

T	**Tkanka martwicza (tissue debridement)**	Usunięcie tkanek martwiczych - chirurgiczne, enzymatyczne, autolityczne, biochirurgiczne
I	**Infekcja / stan zapalny (infection / inflammation)**	Antyseptyki, antybiotyki, kontrola biofilmu, redukcja cytokin, leczenie miejscowe/systemowe
M	**Równowaga wilgoci (moisture balance)**	Opatrunki dopasowane do poziomu wysięku, zapobieganie maceracji lub wysychaniu
E	**Brzegi rany (edge, epidermis)**	Ocena proliferacji komórek, stymulacja naskórkowania, laseroterapia, terapia biologiczna
R	**Regeneracja / naprawa (repair / regeneration)**	NPWT, HBOT, czynniki wzrostu, komórki macierzyste, terapie wspomagające
S	**Czynniki społeczne /wsparcie (social factors /support)**	Edukacja pacjenta, rehabilitacja, wsparcie socjalne i interdyscyplinarne

HIGIENA RANY



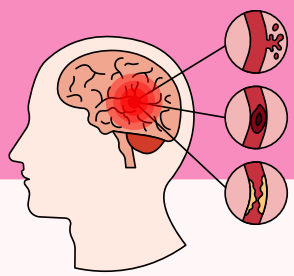
Opis

Strategia higieny rany (ang. Wound Hygiene), opublikowana w 2019 roku, to koncepcja postępowania z ranami przewlekłymi ukierunkowana na eliminację czynników utrudniających gojenie. Strategia ta składa się z 4 kroków, których celem jest zapewnienie środowiska rany sprzyjającego regeneracji. Obejmuje usuwanie zanieczyszczeń, biofilmu, tkanek martwiczych i nadmiernego wysięku oraz odpowiednią pielęgnację i ochronę brzegów rany i skóry otaczającej.

Strategia higieny rany

Krok 1	**Mycie rany i otaczającej skóry**	• usunięcie zanieczyszczeń z rany i skóry wokół niej, • przygotowanie łożyska rany do dalszego opracowania.
Krok 2	**Oczyszczanie rany**	• naruszenie i zakłócenie funkcjonowania biofilmu, • zastosowanie siły mechanicznej i ścinania, • środki powierzchniowo czynne, antyseptyczne, przeciwbakteryjne.
Krok 3	**Pielęgnacja brzegów rany**	• usunięcie modzeli, hiperkeratozy i starzejących się komórek, w celu odsłonięcia zdrowych tkanek.
Krok 4	**Dobór opatrunku**	• środki przeciwbakteryjne i niszczące biofilm, • opatrunki przeciwbakteryjne, niszczące biofilm, pochłaniające i zatrzymujące wysięk.

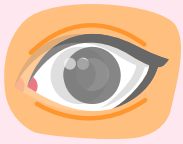
B.E. F.A.S.T.



Opis

Skala F.A.S.T. (ang. Face, Arm, Speech, Time) jest narzędziem przesiewowym służącym do szybkiego rozpoznawania objawów udaru mózgu, zarówno przez personel medyczny, jak i osoby bez wykształcenia medycznego. Skala B.E.F.A.S.T. (ang. Balance, Eyes, Face, Arm, Speech, Time) stanowi rozszerzenie skali F.A.S.T. o ocenę zaburzeń równowagi oraz nagłych zaburzeń widzenia.

Skala

			Objaw	Działanie
B		**Balance / Równowaga**	Zaburzenia równowagi; zawroty głowy	Czy występują trudności z chodzeniem lub zawroty głowy?
E		**Eyes / Oczy**	Utrata wzroku; zaburzenia widzenia	Czy występuje niewyraźne / podwójne widzenie lub utrata wzroku?
F		**Face / Twarz**	Opadanie kącika ust; asymetria twarzy	Poproś osobę, aby się uśmiechnęła. Czy uśmiech jest asymetryczny?
A		**Arm / Ramię**	Niedowład lub opadanie ręki	Poproś o uniesienie obu rąk przed siebie. Czy jedna z kończyn górnych opada?
S		**Speech / Mowa**	Bełkotliwa, niezrozumiała mowa	Poproś o powtórzenie prostego zdania.
T		**Time / Czas**	Czas jest najważniejszy	Jeśli zauważysz objaw/y, wezwij pogotowie (112 lub 999).

AVPU

Opis

Skala AVPU (ang. alert, verbal, pain, unresponsive) jest narzędziem służącym do oceny przytomności pacjenta, powszechnie wykorzystywanym w ratownictwie medycznym i medycynie ratunkowej. Ocenia reakcję pacjenta na bodźce, klasyfikując stan przytomności do jednej z czterech kategorii: pełna przytomność, reakcja na głos, reakcja na ból lub brak reakcji.

Skala

A	**Alert**	Pacjent przytomny, skupia uwagę	
V	**Verbal**	Pacjent reaguje na polecenia głosowe	
P	**Pain**	Pacjent reaguje na bodźce bólowe	
U	**Unresponsive**	Pacjent nieprzytomny, nie reaguje na bodźce	

GCS

Opis

Skala Glasgow (ang. Glasgow Coma Scale - GCS) jest narzędziem służącym do oceny przytomności pacjenta. Ocenia trzy elementy: otwieranie oczu, odpowiedź słowną oraz odpowiedź ruchową. Suma punktów pozwala określić stopień zaburzeń przytomności oraz cechy uszkodzenia mózgu.

Interpretacja

G + C + S

Liczba punktów	Interpretacja wyniku
3	Śmierć mózgu
4	Odmóżdżenie
5	Odkorowanie
6–8	Ciężkie zaburzenia przytomności
9–12	Umiarkowane zaburzenia przytomności
13–15	Łagodne zaburzenia przytomności

Skala

Otwieranie oczu



4
Spontanicznie

3
W odpowiedzi na dźwięk

2
W odpowiedzi na ból

1
Brak reakcji

Odpowiedź słowna



5
Zorientowany, poprawnie odpowiada

4
Odpowiada poprawnie, ale zdezorientowany

3
Źle odbiera słowa

2
Niezrozumiałe dźwięki

1
Brak reakcji

Odpowiedź ruchowa



6
Wykonuje polecenia

5
Właściwie umiejscawia bólu

4
Wycofanie w reakcji na ból

3
Niewłaściwa reakcja na ból

2
Zwiększona reakcja na ból

1
Brak reakcji

Pediatryczna skala Glasgow - PGCS

Opis

Pediatryczna Skala Glasgow (ang. Pediatric Glasgow Coma Scale - PGCS) jest narzędziem służącym do oceny przytomności u dzieci, najczęściej poniżej 4 roku życia. Ocenia trzy komponenty: odpowiedź wzrokową, odpowiedź słowną oraz odpowiedź ruchową. Uzyskany wynik pozwala określić stopień zaburzeń świadomości oraz monitorować stan neurologiczny dziecka.

Skala



Odpowiedź wzrokowa

4
Spontanicznie

3
W odpowiedzi na dźwięk

2
W odpowiedzi na ból

1
Nie otwiera oczu



Odpowiedź słowna

5
Uśmiecha się, wodzi wzrokiem

4
Płacz ustępuje po przytuleniu

3
Niespokojne w odpowiedzi na bodźce

2
Pobudzone, niespokojne

1
Brak reakcji



Odpowiedź ruchowa

6
Wykonuje polecenia

5
Lokalizuje ból

4
Odsuwa się od bólu

3
Reakcja zgięciowa

2
Reakcja wyprostna

1
Brak reakcji

mRS

Opis

Zmodyfikowana Skala Rankina (mRS) jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi do oceny stopnia sprawności funkcjonalnej pacjentów.

Interpretacja

Wynik	Ocena funkcjonalna
0–2 pkt	Pacjent samodzielny
3–5 pkt	Pacjent zależny od pomocy innych osób

Skala

	0	Brak objawów	Brak objawów
	1	Brak istotnych zaburzeń pomimo objawów	Pacjent jest w stanie wykonywać wszystkie dotychczasowe obowiązki i czynności.
	2	Niewielka niepełnosprawność	Pacjent nie jest w pełni zdolny do wykonywania wszystkich wcześniejszych czynności, ale nadal pozostaje samodzielny.
	3	Umiarkowana niepełnosprawność	Pacjent wymaga pomocy, ale może samodzielnie się przemieszczać.
	4	Umiarkowana ciężka niepełnosprawność	Pacjent nie jest w stanie chodzić bez pomocy ani zaspokajać własnych potrzeb fizjologicznych bez wsparcia.
	5	Ciężka niepełnosprawność	Pacjent jest przykuty do łóżka, nie kontroluje czynności fizjologicznych oraz wymaga stałej opieki pielęgniarskiej i uwagi.
	6	Zgon	

Skala Katza (ADL)



Opis

Skala Katza (ang. Activities of Daily Living – ADL) jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi służących do oceny samodzielności pacjenta w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego. Ocenia sześć podstawowych obszarów funkcjonowania: kąpanie, ubieranie, korzystanie z toalety, poruszanie, kontrolowanie wydalania oraz spożywanie posiłków. Skala znajduje szerokie zastosowanie w geriatrii, opiece długoterminowej, rehabilitacji oraz pielęgniarstwie do oceny stopnia zależności pacjenta od opiekunów.

Interpretacja

Odpowiedź tak - 1 punkt, odpowiedź nie – 0 punktów

Liczba punktów	Interpretacja wyniku
5–6	Pełna sprawność
3–4	Umiarkowana niesprawność
1–2	Ciężka niesprawność

Skala

Czynność	Opis	Samodzielny
Mycie, kąpiel	Niezależny lub niewielka pomoc	□ TAK □ NIE
Ubieranie	Samodzielny, z wyjątkiem wiązania sznórówek	□ TAK □ NIE
Korzystanie z toalety	Samodzielnie korzysta z toalety	□ TAK □ NIE
Poruszanie	Samodzielnie przemieszcza się (krzesło-łóżko)	□ TAK □ NIE
Kontrola moczu i stolca	Całkowicie kontroluje	□ TAK □ NIE
Spożywanie posiłków	Samodzielnie spożywa posiłki	□ TAK □ NIE

Skala Barthel



Opis

Skala Barthel jest narzędziem służącym do oceny stopnia samodzielności pacjenta w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego. Uzyskany wynik pozwala określić poziom zależności pacjenta od opiekuna oraz potrzeby w zakresie rehabilitacji i wsparcia. Skala posiada kilka modyfikacji. W Polsce jest wykorzystywana w NFZ w odniesieniu do pacjentów opieki długoterminowej.

Interpretacja

Punktacja - 0,5,10,15 pkt. za wybrany obszar.
Wynik całkowity - Suma punktów za 10 obszarów codziennego funkcjonowania.

Punkty	Interpretacja wyniku
0–20	Osoba niezdolna do samoopieki
21–84	Osoba wymagająca częściowej pomocy
85–100	Osoba samodzielna

Skala



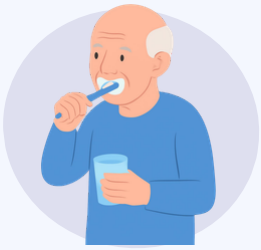
Spożywanie posiłków

0 - niesamodzielny
5 - potrzebuje pomocy
10 - samodzielny



Przemieszczanie się (łózko-krzesło)/siadanie)

0 - niesamodzielny
5 - większa pomoc
10 - mniejsza pomoc
15 - samodzielny



Higiena osobista

0 - potrzebuje pomocy
5 - samodzielny



Korzystanie z toalety

0 - niesamodzielny
5 - potrzebuje pomocy
10 - samodzielny



Mycie, kąpiel

0 - potrzebuje pomocy
5 - samodzielny



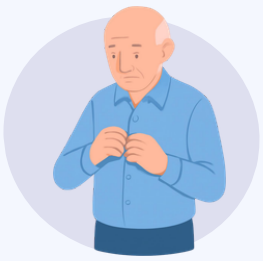
Poruszanie po płaskim

0 - niesamodzielny
5 - do 50 m ze sprzętem, samodzielnie na wózku
10 - spacery > 50 m z pomocą
15 - samodzielny > 50 m



Poruszanie po schodach

0 - niesamodzielny
5 - potrzebuje pomocy
10 - samodzielny



Ubieranie /rozbieranie

0 - niesamodzielny
5 - potrzebuje pomocy
10 - samodzielny



Kontrola stolca / zwieracza odbytu

0 - nie panuje lub konieczna lewatywa
5 - sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca
10 - pełna kontrola



Kontrola moczu / pęcherza moczowego

0 - nie panuje lub cewnik
5 - sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu
10 - pełna kontrola

Skala Lawtona (IADL)

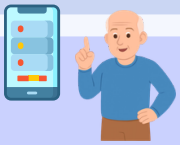
Opis

Skala Lawtona (ang. Instrumental Activities of Daily Living – IADL) jest narzędziem służącym do oceny zdolności wykonywania złożonych czynności dnia codziennego przez pacjenta, niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym. Ocenia osiem obszarów aktywności. Skala znajduje zastosowanie między innymi w geriatrii, opiece długoterminowej oraz rehabilitacji.

Interpretacja

Ocenia się każdą domenę w skali 1-3 pkt. Maksymalny wynik wynosi 24 punkty. Im wyższy wynik, tym większa samodzielność pacjenta w wykonywaniu czynności życia codziennego. Skala ma odniesienie do danego pacjenta, a spadek liczby punktów oznacza pogorszenie funkcjonowania. Skala punktowa: 3 punkty – bez pomocy, 2 punkty – z niewielką pomocą 1 punkt – zupełnie nie.

Skala

Pytanie	Punkty
Czy potrafisz korzystać z telefonu? 	
 Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru?	
Czy wychodzisz z domu po artykuły spożywcze? 	
 Czy możesz sam przygotować posiłki?	
Czy możesz sam wykonywać prace domowe (np. sprzątanie)? 	
  Czy możesz samodzielnie wyprać swoje rzeczy/dokonać drobnych napraw?	
Czy samodzielnie przygotowujesz i przyjmujesz leki? 	
 Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi?	

Wskaźnik funkcjonalny Repty (WFR)

Opis

Wskaźnik Funkcjonalny Repty (ang. Repty Functional Index) jest uproszczoną wersją Funkcjonalnej Skali Niezależności (FIM), służącą do oceny stopnia samodzielności pacjenta. Ocenia pięć obszarów funkcjonowania.

Interpretacja

Każda czynność oceniana jest w czterostopniowej skali.

Punkty	Ocena
7	Pełna niezależność
5	Umiarkowana zależność (samodzielnie, ale przez nadzór, asekurację lub z użyciem narzędzi pomocniczych)
3	Wymagana pomoc innych osób
1	Całkowita zależność

Skala

7
pełna niezależność

1
pełna zależność

Samoobsługa



1.Spożywanie posiłków
2.Dbałość o wygląd zewnętrzny i higienę osobistą
3.Kąpiel
4.Ubieranie górnej części ciała
5.Ubieranie dolnej części ciała
6.Toaleta







Kontrola zwieraczy

7.Oddawanie moczu
8.Oddawanie stolca



Mobilność

9.Przechodzenie z łóżka na krzesło lub na wózek inwalidzki
10.Siadanie na muszli klozetowej
11.Wchodzenie pod prysznic







Lokomocja

12.Chodzenie
13.Schody





Komunikacja

14.Zrozumienie słuchowe lub wizualne
15.Mowa werbalna





Skala Karnofsky'ego

Opis

Skala Karnofsky'ego (ang. Karnofsky Performance Status - KPS) jest narzędziem służącym do oceny sprawności funkcjonalnej pacjenta oraz jego zdolności do wykonywania codziennych czynności. Narzędzie znajduje zastosowanie przede wszystkim w onkologii.

Interpretacja

Skala obejmuje wartości od 100 punktów (pełna sprawność) do 0 punktów (zgon).

Skala

Opis	Ocena
Stan prawidłowy, brak dolegliwości i objawów choroby	100
Normalna aktywność, niewielkie dolegliwości i objawy choroby	90
Stan prawie pełnej aktywności, niewielkie dolegliwości i objawy choroby	80
Brak możliwości wykonywania pracy lub pełnej aktywności, przy zachowaniu samodzielności	70
Stan wymagający okresowej opieki, zachowana zdolność do samoopieki w większości czynności	60
Stan wymagający częstej pomocy i opieki medycznej	50
Wymagana specjalistyczna opieka	40
Stan ciężki, wskazana hospitalizacja	30
Stan poważnej choroby, konieczna hospitalizacja	20
Stan agonalny	10
Zgon	0

ECOG

Opis

Skala ECOG (ang. Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status) jest narzędziem służącym do oceny sprawności chorego i wpływu choroby na codzienne funkcjonowanie. Ocenia stopień aktywności pacjenta w skali od 0 (pełna sprawność) do 5 (zgon). ECOG jest stosowana między innymi w onkologii.

Skala

Stopień	Charakterystyka
0	Sprawność prawidłowa, zdolność do samodzielnego wykonywania czynności
1	Objawy choroby, możliwość chodzenia i wykonywania lekkiej pracy
2	Zdolność do wykonywania czynności osobistych, niezdolność do pracy, spędzanie w łóżku około połowy dnia
3	Ograniczona zdolność wykonywania czynności osobistych, spędzanie w łóżku ponad połowy dnia
4	Konieczność opieki osoby drugiej, spędzanie w łóżku całego dnia
5	Zgon

BRISTOLSKA SKALA UFORMOWANIA STOLCA

Opis

Bristolska skala uformowania stolca (ang. Bristol Stool Form Scale - BSF) dzieli kał na 7 grup, ze względu na kształt oraz konsystencję, gdzie:

- typ 1-2 - najczęściej zaparcie,
- typ 3-4 - prawidłowe,
- 5-6 - biegunka,
- 7 - biegunka, po infekcji bakteryjnej (najczęściej zakażenie przecinkowcem cholery lub Clostridium difficile).

Skala znajduje zastosowanie m.in. w gastroenterologii. Jest przeznaczona do oceny motoryki przewodu pokarmowego. Ponadto, jest przydatna w ocenie efektów leczenia zaburzeń czynnościowych jelit oraz w diagnostyce różnicowej zespołu jelita drażliwego.

Skala

I	Pojedyncze zbite grudki podobne do orzechów, trudne do wydalenia	
II	Stolec o wydłużonym kształcie, grudkowaty	
III	Stolec wydłużony, z pęknięciami na powierzchni	
IV	Smukłe, wężowate kawałki stolca, gładkie i miękkie	
V	Miękkie drobiny z wyraźnymi krawędziami (łatwo wydalane)	
VI	Kłaczaste kawałki z postrzępionymi krawędziami	
VII	Wodnisty, bez stałych elementów (ciecz)	

INDEKS CZYNNOŚCI JELIT (BFI)

Opis

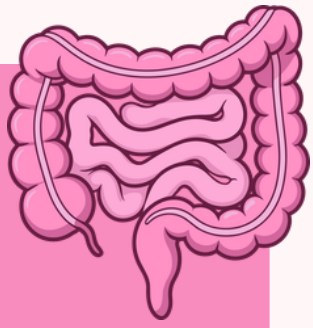
Indeks czynności jelit (ang. Bowel Function Index – BFI) jest narzędziem służącym do oceny nasilenia zaparcia stolca oraz monitorowania skuteczności jego leczenia.

Interpretacja

Skala obejmuje 3 pytania odnoszące się do ostatnich 7 dni. Każde z nich oceniane jest w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak objawu, a 10 – jego największe nasilenie. Wynik końcowy stanowi średnią arytmetyczną z trzech uzyskanych ocen.

Wynik średni	Interpretacja
≤2,9 pkt	Wynik prawidłowy – brak zaparcia stolca
>2,9 pkt	Wynik wskazuje na występowanie zaparcia stolca
Zmiana wyniku o ≥1,2 pkt	Istotna klinicznie zmiana nasilenia zaparcia stolca

Skala



1. Trudność wypróżnienia 1-10
2. Poczucie niepełnego wypróżnienia 1-10
3. Ocena nasilenia zaparcia stolca 1-10

Przykład

1. Trudność wypróżnienia 5
2. Poczucie niepełnego wypróżnienia 6
3. Ocena nasilenia zaparcia stolca 6

Wynik = 5 + 6 + 6 = 17 / 3 = 5,6

Wynik wskazuje na zaparcie stolca

Kwestionariusz oceny ciężkości zaparć PAC-SYM

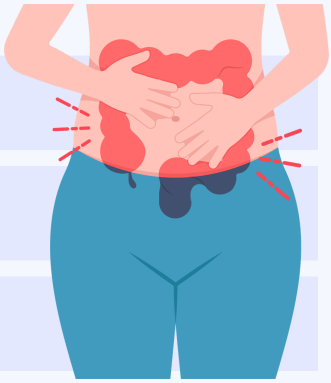
Opis

PAC-SYM (ang. The Patient Assessment of Constipation Symptoms) jest kwestionariuszem służącym do oceny nasilenia objawów zaparcia stolca oraz monitorowania skuteczności leczenia. Narzędzie obejmuje 12 pytań dotyczących najczęściej występujących dolegliwości związanych z zaparciem stolca.

Interpretacja

Jak ciężkie były następujące objawy w ciągu ostatnich 2 tygodni?
0 = brak objawu, 1 = łagodny, 2 = umiarkowany, 3 = ciężki, 4 = bardzo ciężki

Skala



Objawy brzuszne	dyskomfort w brzuchu
	ból brzucha
	wzdęcia brzucha
	uczucie ściskania w brzuchu
Objawy odbytowe	bolesne wypróżnienia
	pieczenie odbytu podczas wypróżniania lub po wypróżnieniu
	krwawienie lub sączenie podczas wypróżniania lub po wypróżnieniu
Objawy związane ze stolcem	niezupełne wypróżnienie, tak jakby „nieukończone”
	zbyt twardy stolec
	zbyt mało stolca
	napinanie się i wysiłek w celu wypróżnienia
	uczucie parcia na stolec bez wypróżnienia („fałszywy alarm")

Skala Lovetta



Opis

Skala Lovetta jest narzędziem służącym do oceny siły mięśniowej. Znajduje zastosowanie przede wszystkim w neurologii oraz fizjoterapii, m.in. w ocenie pacjentów po udarze mózgu, z uszkodzeniami nerwów obwodowych, w chorobach mięśni, po urazach oraz w monitorowaniu postępów rehabilitacji.

Badanie siły mięśniowej według skali Lovetta – krok po kroku:

-Rozpoczęcie badania od oceny siły mięśniowej na poziomie 3 pkt.
-W przypadku prawidłowego wykonania ruchu – przejście do oceny na poziomie 4 i 5 pkt.
-W przypadku trudności z wykonaniem ruchu – ocena na poziomie 2 i 1 pkt.
-Zachowanie tej samej pozycji badanej części ciała podczas oceny 3, 4 i 5 pkt.
-Zwiększanie stopnia trudności wyłącznie poprzez dodanie oporu zewnętrznego.
-Ocena siły mięśniowej na poziomie 1 pkt za pomocą palpacji.
-Porównanie wyniku badanej kończyny z odpowiadającą jej kończyną zdrową.

Interpretacja

Skala określa stopień siły mięśniowej w zakresie od 0 do 5 punktów, gdzie 0 oznacza brak skurczu mięśnia, a 5 prawidłową siłę mięśniową.

Skala

Punkty	Interpretacja	Siła mięśniowa
5	Siła mięśniowa prawidłowa	100% siły w porównaniu do mięśni zdrowych
4	Skurcz umożliwiający wykonywanie ruchu czynnego z dodatkowym obciążeniem	75% siły w porównaniu do mięśni zdrowych
3	Skurcz umożliwiający wykonywanie ruchu czynnego z ciężarem własnym kończyny	50% siły w porównaniu do mięśni zdrowych
2	Skurcz umożliwiający wykonywanie ruchu czynnego w odciążeniu	25% siły w porównaniu do mięśni zdrowych
1	Śladowy skurcz mięśnia	10% siły w porównaniu do mięśni zdrowych
0	Brak skurczu mięśnia	0% siły w porównaniu do mięśni zdrowych