Załącznik nr 6 do Zarządzenia Nr 45/2018/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30.05.2018 roku

…………………………………………..... ……………………………………… …………………………

Imię i nazwisko PESEL Data wykonania oceny

**SKALA GLASGOW\*)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Ocenie podlega** | **Wynik** |
| **1.** | * **Otwieranie oczu** * **4** punkty – spontaniczne * **3** punkty – na polecenie * **2** punkty – na bodźce bólowe * **1** punkt – nie otwiera oczu |  |
| **2.** | * **Kontakt słowny** * **5** punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany, co do miejsca, czasu i własnej osoby * **4** punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany * **3** punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk * **2** punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie * **1** punkt – bez reakcji |  |
| **3.** | * **Reakcja ruchowa** * **6** punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych * **5** punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy * **4** punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego * **3** punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych) * **2** punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdżenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy) * **1** punkt – bez reakcji |  |
| **Ocena GSC ………. Łączna suma punktów:** | |  |
| **4.** | Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii.  Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6). |  |
| **5.** | **Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzieli się na**:  • GCS 13–15 – łagodne  • GCS 9–12 – umiarkowane  • GCS 6–8 – brak przytomności  • GCS 5 – odkorowanie  • GCS 4 – odmóżdżenie  • GCS 3 – śmierć mózgowa  Skala Glasgow może być stosowana u dzieci, które już dobrze mówią, tj. od 4 roku życia |  |

…………………………………………………………………

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

albo lekarza zakładu opiekuńczo-leczniczego

\*) opracowanie własne na potrzeby ZOL zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 45/2018/DSOZ