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 mózgowaSkala 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