

DATA	NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA	OSOBA BADAJĄCA
------	--------------------------	----------------

Źródło informacji (można wybrać więcej niż jedno): pacjent rodzina pacjenta inne proszę podać: _____

5 PACJENT LEŻĄCY	
5.1 Czy pacjent jest osobą leżącą? Pacjent nie jest w stanie chodzić nawet z pomocą drugiej osoby. Wymaga ciągłej obecności opiekuna lub nie kontroluje mikcji/wypróżnień.	<input type="checkbox"/> Tak (mRS = 5) <input type="checkbox"/> Nie

Jeżeli tak, wyjaśnij _____

4 POMOC W CHODZENIU / PRZEMIESZCZANIU SIĘ POZA ŁÓŻKIEM	
4.1 Czy pomoc drugiej osoby jest niezbędna do przemieszczaniu się poza łóżkiem? Pomoc drugiej osoby jest niezbędna przy każdej próbie chodzenia/poruszania się poza łóżkiem. Przez pomoc rozumie się zarówno bezpośrednią pomoc fizyczną, instruktaż słowny jak i bierny nadzór. Pacjent oceniany jest jako osoba chodząca również jeżeli porusza się samodzielnie korzystając z pomocy ortopedycznych (m.in. chodzika lub wózka inwalidzkiego), ale nie wymaga żadnej pomocy innych (np. by dokonać transferu na wózek)	<input type="checkbox"/> Tak (mRS = 4) <input type="checkbox"/> Nie

Jeżeli tak, wyjaśnij _____

3 POMOC W ZAJMOWANIU SIĘ SPRAWAMI WŁASNYMI PACJENTA	
Przez pomoc rozumie się nie tylko bezpośrednią pomoc fizyczną, ale też instruktaż słowny lub bierny nadzór. Zasadnicze pytanie: Czy pacjent mógłby funkcjonować bez jakiegokolwiek pomocy osób trzecich przez 7 dni, gdyby był do tego zmuszony?	
3.1 Czy pomoc jest <u>absolutnie</u> konieczna do przygotowania prostego posiłku? (na przykład śniadania lub przekąski)	<input type="checkbox"/> Tak (mRS = 3) <input type="checkbox"/> Nie
3.2 Czy pomoc jest <u>absolutnie</u> konieczna do wykonywania podstawowych obowiązków domowych ? (np. przygotowanie świeżego ubrania i odłożeniu ubrania do prania, posprzątanie po posiłku; nie dotyczy obowiązków, które nie muszą być wykonywane codziennie – np. odkurzenia podłóg)	<input type="checkbox"/> Tak (mRS = 3) <input type="checkbox"/> Nie
3.3 Czy pomoc jest <u>absolutnie</u> konieczna do zajmowania się sprawami finansowymi własnego gospodarstwa domowego?	<input type="checkbox"/> Tak (mRS = 3) <input type="checkbox"/> Nie
3.4 Czy pomoc jest <u>absolutnie</u> niezbędna do odbycia lokalnej podróży? (pacjent może prowadzić samochód, korzystać ze środków transportu publicznego lub taksówki, o ile jest w stanie sam ją wezwać i poinstruować kierowcę)	<input type="checkbox"/> Tak (mRS = 3) <input type="checkbox"/> Nie
3.5 Czy pomoc jest <u>absolutnie</u> konieczna przy robieniu podstawowych zakupów? (wystarczająca jest możliwość nabycia przynajmniej jednego przedmiotu na raz)	<input type="checkbox"/> Tak (mRS = 3) <input type="checkbox"/> Nie

Przy jakich podstawowych czynnościach dnia codziennego pacjent wymaga pomocy i kto tej pomocy udziela

DATA	NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA	OSOBA BADAJĄCA
------	--------------------------	----------------

2 ZWYKŁE OBOWIĄZKI I CZYNNOŚCI		
2.1	Praca: Czy bieżący udar w sposób znaczący ograniczył (w porównaniu ze stanem wcześniejszym) zdolność pacjenta do pracy zawodowej lub nauki? Na przykład: zmiana wymiaru zatrudnienia na niepełny etat, zmiana zakresu obowiązków lub całkowity brak zdolności do pracy / nauki.	<input type="checkbox"/> Tak (mRS = 2) <input type="checkbox"/> Nie
2.2	Odpowiedzialność wobec pozostałych członków rodziny: Czy bieżący udar w sposób znaczący ograniczył (w porównaniu ze stanem wcześniejszym) zdolność pacjenta do opiekowania się własną rodziną?	<input type="checkbox"/> Tak (mRS = 2) <input type="checkbox"/> Nie
2.3	Życie towarzyskie i aktywności w czasie wolnym: Czy bieżący udar ograniczył (w porównaniu ze stanem wcześniejszym) dotychczasowe regularne aktywności prowadzone w czasie wolnym od pracy o więcej niż o połowę? Aktywności w czasie wolnym obejmują uprawianie hobby i realizację zainteresowań. Dotyczą zarówno aktywności wykonywanych poza domem (np. chodzenie do kawiarni, barów/pubów, restauracji, klubów, kościoła, kina, odwiedzanie przyjaciół, spacerowanie) oraz aktywności wykonywanych w domu (np. „aktywne” uczestnictwo, takie jak robienie na drutach, szycie, malowanie, granie w gry towarzyskie, czytanie książek, majsterkowanie).	<input type="checkbox"/> Tak (mRS = 2) <input type="checkbox"/> Nie
2.4	Ograniczenia wynikające z innych schorzeń lub ograniczeń fizycznych: Czy zdolność do pracy zawodowej / nauki, opiekowania się własną rodziną lub aktywności prowadzone w czasie wolnym od pracy zostały w sposób znaczący zaburzone przez schorzenia lub ograniczenia fizyczne niezwiązane z udarem ?	<input type="checkbox"/> Tak (mRS = 2) <input type="checkbox"/> Nie

Zmiany jakie zaszły pomiędzy stanem sprzed udaru a chwila obecna z odnotowaniem ich związku z udarem

1 REZYDUALNE OBJAWY UDAR MÓZGU		
1.1	Czy pacjent ma jakiegokolwiek negatywne objawy wynikające z udaru mózgu? Problemy z czytaniem/pisaniem, mową, równowagą lub koordynacją, widzeniem, zaburzenia czucia, osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia połykania lub jakiegokolwiek inne trwałe negatywne skutki udaru mózgu.	<input type="checkbox"/> Tak (mRS = 1) <input type="checkbox"/> Nie (mRS = 0)
1.2	Czy pacjent w związku z objawami wynikającymi ze schorzeń innych niż bieżący udar mózgu ograniczył w sposób odczuwalny wykonywane uprzednio aktywności?	<input type="checkbox"/> Tak (mRS = 1) <input type="checkbox"/> Nie (mRS = 0)

Proszę odnotować rezydualne objawy bieżącego udaru mózgu oraz objawy niewynikające bezpośrednio z udaru

OSTATECZNA OCENA W ZMODYFIKOWANEJ SKALI RANKINA	
(w razie wątpliwość, który z dwóch stopni niesprawności najlepiej oddaje stan pacjenta - należy wybrać wyższy z nich)	
punktacja mRS: _____	Podpis osoby oceniającej: _____