

# Skala Glasgow do oceny stopnia zaburzenia świadomości

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania

## Instrukcja

- W kategoriach 1-3 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i zakreślić X.
- Wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości w ramce obok.
- W podsumowaniu wpisać uzyskaną sumę punktów.

### 1. Otwieranie oczu

- nie otwiera oczu **(1)**
- na bodźce bólowe **(2)**
- na polecenie **(3)**
- spontaniczne **(4)**

### 2. Kontakt słowny

- bez reakcji **(1)**
- niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie **(2)**
- odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk **(3)**
- odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany **(4)**
- odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby **(5)**

# Karta oceny powstawania odleżyn według skali Norton

## 3. Reakcja ruchowa

- bez reakcji **(1)**
- patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy) **(2)**
- patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych) **(3)**
- reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego **(4)**
- ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy **(5)**
- spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych **(6)**

## Suma punktów

## Interpretacja

- **3-4** stan krytyczny
- **5-7** stan ciężki
- **11-13** stan średni
- **14-15** stan dobry

Data, pieczęć i podpis pielęgniarki