

Skala VES-13		
oceniane obszary		ocena
1 wiek badanego	60-74	0
	75-84	1
	85+	3
2 samoocena stanu zdrowia	wspaniałe lub dobre	tak = 0
	przeciętne lub złe	tak = 1
3 czy ma Pan/i znaczne trudności z wykonaniem poniższych czynności lub ich wykonanie jest niemożliwe		
pochylanie, kucanie, klękanie		tak/nie
podnoszenie, dźwiganie przedmiotów o wadze około 4,5 kg		tak/nie
sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barków		tak/nie
pisanie lub utrzymywanie drobnych przedmiotów		tak/nie
przejście około 400 m		tak/nie
ciężka praca domowa, jak mycie podłóg lub okien		tak/nie
jeśli dwie (lub więcej) odpowiedzi są pozytywne, należy przyznać maksimum 2 punkty, a jeśli jedna, to 1 punkt		... pkt (0–2 pkt)
4 czy z powodu złego stanu zdrowia lub ograniczeń w sprawności ma Pan/i trudności z wykonywaniem następujących czynności lub ich nie wykonuje		
zakupy produktów na potrzeby własne, np. produkty toaletowe, leki		tak/nie
rozporządzanie własnymi pieniędzmi: śledzenie wydatków, opłacanie rachunków		tak/nie
przejście przez pokój (również z pomocą kuli, laski lub balkonika)		tak/nie
wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu)		tak/nie
kąpiel w wannie lub pod prysznicem		tak/nie
jeśli choć jedna z odpowiedzi jest pozytywna, należy przyznać 4 punkty (maksimum)		... pkt (0 lub 4 pkt)
razem		... maksimum = 10
Interpretacja: uzyskanie 3 lub więcej punktów wskazuje na ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych 2 lat i jest rekomendacją do przeprowadzenia COG.		

Skala ADL (Activities of Daily Living, skala Katza)		Pt samodzielny: TAK/NIE
kąpiel (mycie się gąbką, kąpanie się w wannie lub pod prysznicem)	nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest przy myciu jednej części ciała	
ubieranie się	ubiera się bez pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek	
korzystanie z toalety	idzie do toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez pomocy (może używać laski lub chodzika, a w nocy basenu lub nocnika)	
poruszanie się	przemieszcza się do/z łóżka lub na krzesło bez pomocy, może korzystać z laski lub chodzika	
kontrolowane wydalanie moczu i stolca	całkowicie panuje nad zwieraczami, bez sporadycznych epizodów nietrzymania	
jedzenie	odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem)	
Interpretacja: 6–5 pkt – pełna sprawność, 4–3 pkt – umiarkowana niesprawność; <3 pkt – ciężka		

Skala I-ADL (Instrumental Activities of Daily Living, skala Lawtona)

Czy potrafisz korzystać z telefonu?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- zupełnie nie jestem w stanie korzystać 1

Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru, np. komunikacją miejską?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- zupełnie nie jestem w stanie podróżować, dopóki nie poczyni się specjalnych przygotowań 1

Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- nie jestem w stanie robić jakichkolwiek zakupów 1

Czy możesz samodzielnie przygotowywać sobie posiłki?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- nie jestem w stanie przygotowywać żadnych posiłków 1

Czy możesz samodzielnie wykonywać prace domowe, np. sprzątanie?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- nie jestem w stanie wykonywać jakichkolwiek prac domowych 1

Czy możesz samodzielnie dokonywać drobnych napraw w domu, majsterkować?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- nie jestem w stanie wykonywać nawet drobnych napraw ani majsterkować 1

Czy możesz samodzielnie wyprać swoje rzeczy?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- nie jestem w stanie wyprać czegokolwiek 1

Czy samodzielnie przyjmujesz leki?

- bez pomocy, właściwe dawki we właściwym czasie 3
- z niewielką pomocą (ktoś przygotowuje leki i/lub przypomni o konieczności ich zażycia) 2
- nie jestem w stanie samodzielnie zażywać leków 1

Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- nie jestem w stanie gospodarować pieniędzmi 1

Interpretacja: bezwzględna liczba punktów ma znaczenie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta, zmniejszenie tej liczby w czasie świadczy o pogarszaniu się stanu ogólnego.

czynność	Skala Barthel		
	nie potrafi	potrafi z pomocą	potrafi samodzielnie
spożywanie posiłków	0	5	10
przechodzenie z łóżka na wózek i odwrotnie	0	5	15
utrzymanie higieny osobistej	0	0	5
korzystanie z WC	0	5	10
mycie/kąpiel całego ciała	0	0	5
przejście 50 m (z ewentualną pomocą sprzętu)	0	5	10
chodzenie po schodach	0	5	10
jazda na wózku	0	0	5
ubieranie się i rozbieranie	0	5	10
kontrola zwieraczy odbytu	0	5	10
kontrola zwieraczy pęcherza moczowego	0	5	10
Interpretacja: 100–85 pkt – stan funkcjonalny dobry, 84–20 pkt – upośledzenie funkcjonalne średniociężkie, <20 pkt – ciężka niesprawność			

Confusion Assessment Method (CAM) - oceny jakościowych zaburzeń świadomości stanowi złoty standard diagnozowania majaczenia

Kryterium 1: Ostry początek i fluktuujący przebieg.

Poziom funkcji poznawczych w delirium obniża się w czasie kilku godzin do kilku dni. Mający pacjenci prezentują okres względnego przejaśnienia na przemian ze splątaniem w okresie doby. Istotne ustalenie czy doszło do ostrego pogorszenia funkcji poznawczych w porównaniu do stanu wyjściowego i czy zachowanie chorego fluktuuje w czasie tego dnia. Można posłużyć się np. krótkimi skalami oceny funkcji poznawczych i obserwacją pacjenta.

Kryterium 2: Zaburzenie uwagi.

(rozproszenie uwagi, nieumiejętność utrzymania toku konwersacji lub persewercje odnośnie poprzedniego pytania) Potwierdzenie zaburzeń przez formalną ocenę uwagi np. przez polecenie nazwania dni tygodnia lub miesięcy w roku od końca do początku.

Kryterium 3: Zdezorganizowane myślenie (niespójność myślenia, nielogiczność przepływu myśli, oderwane wypowiedzi) lub Zmieniony poziom świadomości (od nadmiernej czujności i zagubienia z pobudzeniem ruchowym, do obniżenia lub zakłócenia, włącznie z letargiem lub stuporem)

Interpretacja: Do rozpoznania majaczenia wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów kryterium pierwszego i drugiego oraz trzeciego lub czwartego

Mini Mental State Examination (MMSE)

Orientacja w czasie i w miejscu (za każda poprawną odpowiedź 1 pkt)

Jaki jest teraz rok?
Jaka jest teraz pora roku?
Jaki jest teraz miesiąc?
Jaka jest dzisiaj data (którego dzisiaj mamy)?
Jaki jest dzisiaj dzień tygodnia?
W jakim kraju się znajdujemy?
W jakim województwie się znajdujemy?
W jakim mieście się teraz znajdujemy?
Jak nazywa się miejsce, w którym się teraz znajdujemy?
Na którym piętrze teraz jesteśmy?

Zapamiętywanie

Wymienię teraz trzy słowa. Kiedy skończę, proszę, aby je Pan/Pani powtórzył/a (poniższe słowa wypowiadamy wolno i wyraźnie – jedno słowo na sekundę)

BYK - MUR - LAS

Proszę je zapamiętać, bo zapytam o nie powtórnie za kilka minut.

Uwaga i liczenie (za każdy poprawny wynik 1 pkt, maks. 5 pkt)

Proszę odejmować kolejno od 100 po 7, aż powiem „stop”.

Przypominanie

Proszę wymienić trzy słowa, które Pan/i miał/a wcześniej zapamiętać.

BYK - MUR - LAS

Funkcje językowe - nazywanie

Prosimy o nazwanie dwóch przedmiotów, które kolejno pokazujemy badanemu (ołówek, zegarek) Jak nazywa się ten przedmiot?

Powtarzanie

Proszę dosłownie powtórzyć następujące zdanie: „Ani tak, ani nie, ani ale”

Wykonywanie poleceń

Proszę uważnie posłuchać treści całego polecenia, a następnie wykonać te polecenia:
proszę wziąć kartkę do lewej/prawej ręki. złożyć ją oburącz na połowe. i położyć ją na kolana.

Pokazujemy badanemu tekst polecenia „**Proszę zamknąć oczy**”.

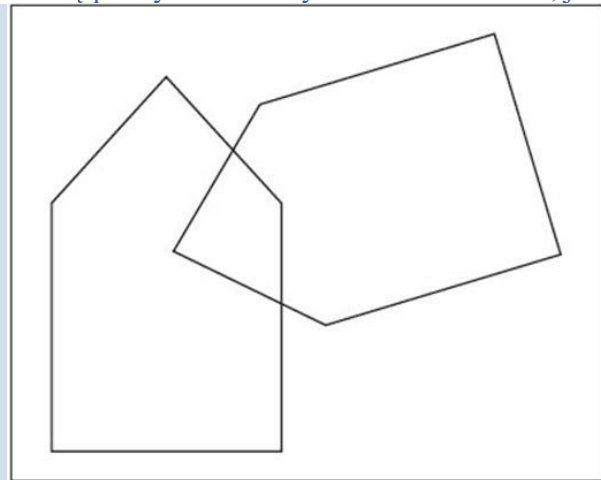
Proszę przeczytać to polecenie i je wykonać.

Pisanie

Dajemy osobie badanej czystą kartkę papieru i prosimy o napisanie dowolnego zdania: „Proszę napisać na tej kartce jakieś dowolne zdanie”

Praktyka konstrukcyjna

Proszę przerysować ten rysunek tak dokładnie, jak tylko to możliwe.



Interpretacja: 28–30 pkt – norma, 24–27 pkt – zaburzenia funkcji poznawczych, 23 pkt – próg otępienia, 20–22 pkt – otępienie o małym stopniu zaawansowania, 19–10 pkt – otępienie o średnim stopniu zaawansowania, 9–0 pkt – otępienie głębokie

Skorygowany wynik MMSE*przelicznik wg Mungasa*

Wiek (lata)	Liczba lat nauki					
	0	4	8	12	16	20
60	4	2	0	-1	-3	-5
65	4	3	1	0	-2	-4
70	5	3	1	0	-1	-3
75	6	4	2	0	-1	-3
80	6	5	3	1	0	-2
85	7	5	3	1	0	-1
90	8	6	4	2	0	-1

Mini COG**Zadanie**

Poproś pacjenta, aby zapamiętał trzy niepowiązane ze sobą słowa. Poproś pacjenta o powtórzenie słów.

2 Poproś pacjenta o narysowanie tarczy zegara. Po tym, jak cyfry są na twarzy, poproś pacjenta o narysowanie wskazówek do uzyskania 10 minut po 11:00 (lub 20 minut po 8:00). •

Instrukcja

Pozwól pacjentowi na trzy próby, a następnie przejdź do następnej pozycji.

Następujące listy słów zostały zatwierdzone w badaniu klinicznym:

WERSJA 1: Banan, Poranek, Krzesło WERSJA

2: Córka, Niebo, Góra

WERSJA 3: Wioska, Kuchnia, Dziecko

WERSJA 4: Rzeka, Naród, Palec

WERSJA 5: Kapitan, Ogród, Obraz

Można użyć pustej kartki papieru lub nadrukowanego koła.

Prawidłowa odpowiedź to wszystkie liczby umieszczone w przybliżeniu we właściwych pozycjach ORAZ wskazówki wskazujące na 11 i 2 (lub 4 i 8)

Odmowa narysowania zegara jest oceniana, jako nieprawidłowa

Po 3 minutach prób rysowania zegara - przejdź do następnego kroku

Poproś pacjenta, aby powtórzył trzy słowa z kroku 1

Interpretacja:

Powtórzenie 3 słów – brak podejrzenia zab.poznawczych

Powtórzenie 1-2 słów + prawidłowy CDT - brak podejrzenia zab.poznawczych

Powtórzenie 1-2 słów + nieprawidłowy CDT - podejrzenie zab.poznawczych

Niezodolność do powtórzenia 3 słów - podejrzenie zab.poznawczych

Test Rysowania Zegara (Clock Drawing Test)

Kryteria oceny Testu Rysowania Zegara według Shulman i wsp. 1993

Narysowanie na pustej kartce tarczy zegara z oznaczonymi godzinami i umieszczenie wskazówek tak, aby wskazywały godzinę 11.10.

Punktacja 0–5

- 5 – prawidłowo narysowany zegar
- 4 – drobne błędy wzrokowo-przestrzenne
- 3 – błędne oznaczenie 10 po 11 przy ogólnie dobrej organizacji wzrokowo-przestrzennej
- 2 – umiarkowane trudności wzrokowo-przestrzenne, prawidłowe oznaczenie 10 po 11 jest niemożliwe
- 1 – poważna dezorganizacja wzrokowo-przestrzenna
- 0 – niemożność wypełnienia tarczy zegara w sposób przypominający zegar

Kryteria oceny Testu Rysowania Zegara według Sunderland i wsp. 1989

Narysowanie na pustej kartce tarczy zegara z oznaczonymi godzinami i umieszczenie wskazówek tak, aby wskazywały godzinę 2.45.

10–6 pkt.: rysowanie całego zegara jest zasadniczo poprawne

- 10 pkt.: wskazówki na właściwych pozycjach
- 9 pkt.: drobne pomyłki w położeniu wskazówek
- 8 pkt.: wyraźne błędy w położeniu wskazówek
- 7 pkt.: wskazówki zdecydowanie źle położone
- 6 pkt.: niewłaściwe użycie wskazówek

5–1 pkt.: rysowanie tarczy zegara (koła i cyfry) jest zaburzone

- 5 pkt.: grupowanie cyfr po jednej stronie zegara lub ich odwracanie
- 4 pkt.: dalsze zaburzenie sekwencji cyfr; zegar traci integralność – brakuje cyfr lub są poza tarczą
- 3 pkt.: tarcza i cyfry nie są ze sobą związane; brak wskazówek
- 2 pkt.: rysunek wskazuje, że coś z instrukcji zostało zrozumiane, ale bardzo słabo przypomina zegar
- 1 pkt.: próba rysowania zegara nie zostaje podjęta albo wyniku nie można zinterpretować

Geriatryczna Skala Oceny Depresji (Geriatric Depression Scale – GDS) „wersja 4 punktowa”

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź

Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan/i zadowolony/a?	tak/nie
Czy ma Pan/i uczucie, że Pana/i życie jest puste?	tak/nie
Czy obawia się Panu/i, że może się Panu/i przydarzyć coś złego?	tak/nie
Czy przez większość czasu czuje się Pan/i szczęśliwy/a?	tak/nie

Liczba punktów: tak – 1, nie – 0

Interpretacja: liczba punktów 1 lub większa wskazuje na możliwość depresji i pacjent powinien być oceniony bardziej szczegółowo.

Geriatryczna Skala Oceny Depresji – „wersja 15 punktowa” wg Yesavage’a

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź

1	Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan/i zadowolony/a?	tak/nie
2	Czy zmniejszyły się Pana/i zainteresowania lub aktywność (ilość zajęć)?	tak/nie
3	Czy ma Pan/i uczucie, że Pana/i życie jest puste?	tak/nie
4	Czy często czuje się Pan/i znudzony/a?	tak/nie
5	Czy zwykle jest Pan/i w dobrym nastroju?	tak/nie
6	Czy obawia się Pani/i, że może przydarzyć się Pan/i coś złego?	tak/nie
7	Czy przez większość czasu czuje się Pan/i szczęśliwy/a?	tak/nie
8	Czy często czuje się Pan/i bezradny/a?	tak/nie
9	Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan/i w nim pozostać?	tak/nie
10	Czy uważa Pan/i, że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni?	tak/nie
11	Czy uważa Pan/i, że wspaniale jest żyć?	tak/nie
12	Czy czuje się Pan/i gorszy/a od innych ludzi?	tak/nie
13	Czy czuje się Pan/i pełen/pełna energii?	tak/nie
14	Czy uważa Pan/i, że sytuacja jest beznadziejna?	tak/nie
15	Czy myśli Pan/i, że większości ludzi wiedzie się lepiej niż Panu/Pani?	tak/nie

Za każdą odpowiedź „wytluszczoną” 1 punkt. Liczba punktów .../15

Interpretacja: 0–5 bez depresji, 6–10 depresja umiarkowana, 11–15 depresja ciężka

Test „Wstań i Idź” – Timed Up and Go (TUG)

Test służy między innymi do oceny chodu i sprawności funkcjonalnej.

Przeprowadzenie testu: Badany siedzi na krześle z plecami opartymi o oparcie (odległość siedziska od podłoża 46 cm). Na komendę „START” badany ma za zadanie:

- wstać z krzesła,
- pokonać po płaskim terenie w normalnym tempie dystans 3 metrów,
- przekroczyć linię kończącą wyznaczony dystans,
- wykonać obrót o 180 stopni,
- wrócić do krzesła i ponownie zająć pozycję siedzącą.

Wynikiem testu jest czas potrzebny na wykonanie zadania.

Interpretacja: <10 s – norma, sprawność funkcjonalna prawidłowa, 10–19 s – badany może samodzielnie wychodzić na zewnątrz, nie potrzebuje sprzętu pomocniczego do chodzenia, samodzielny w większości czynności dnia codziennego, wskazana pogłębiona ocena ryzyka upadków (np. wykonanie testu Tinetti POMA), 20–29 s – częściowo ograniczona sprawność funkcjonalna, wskazana bardziej szczegółowa ocena, ≥ 30 s – znacznie ograniczona sprawność funkcjonalna, nie może sam wychodzić na zewnątrz, zalecany sprzęt pomocniczy do chodzenia, wymaga pomocy przy prawie każdej aktywności dnia codziennego.

Czas wykonania testu wynoszący ≥ 14 s wskazuje na duże ryzyko upadków.

Skala oceny równowagi i chodu (wg Tinetti M. i wsp. 1986)

RÓWNOWAGA (Badany siedzi na twardym krześle bez poręczy)

1. Równowaga podczas siedzenia :

- 0 = pochyla się lub ześlizguje z krzesła
- 1 = zachowuje równowagę, zabezpieczony

2. Wstawanie z miejsca :

- 0 = niezdolny do samodzielnego wstania
- 1 = wstaje, ale sam pomaga sobie rękoma
- 2 = wstaje bez pomocy rąk

3. Próby wstawania z miejsca :

- 0 = niezdolny do wstania bez pomocy
- 1 = wstaje, ale potrzebuje kilku prób
- 2 = wstaje przy pierwszej próbie

4. Równowaga bezpośrednio po wstaniu z miejsca (pierwsze 5 s.):

- 0 = stoi niepewnie (zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kołysze tułowiem)
- 1 = stoi pewnie, ale podpira się, używając chodzika, laski lub chwytając inne przedmioty
- 2 = stoi pewnie bez żadnego podparcia

5. Równowaga podczas stania :

- 0 = stoi niepewnie
- 1 = stoi pewnie, ale na szerokiej podstawie (obie pięty w odległości > 10 cm od siebie) lub podpierając się laską, chodzikiem itp.
- 2 = stoi ze stopami złączonymi, bez podparcia

6. Próba trącania : (badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha go, trzykrotnie trącając dłonią w klatkę piersiową na wysokości mostka)

- 0 = zaczyna się przewracać
- 1 = zatacza się, chwytając się przedmiotów, ale samodzielnie utrzymuje pozycję
- 2 = stoi pewnie

7. Próba trącania przy zamkniętych oczach badanego :

- 0 = stoi niepewnie
- 1 = stoi pewnie

8. Obracanie się o 360 ° :

- | | |
|---|-----------------|
| A. 0 = ruch przerywany | 1 = ruch ciągły |
| B. 0 = niepewny (zataczanie się, chwytanie przedmiotów) | 1 = pewny |

9. Siadanie :

- 0 = niepewne (źle ocenia odległość, opada na krzesło)
- 1 = pomaga sobie rękoma lub ruch nie jest płynny
- 2 = pewny, płynny ruch

RÓWNOWAGA - Wynik końcowy...../ 16

CHÓD (Badany stoi obok badającego; idzie wzdłuż korytarza lub przez pokój – najpierw zwykłym krokiem, a z powrotem krokiem szybkim, ale w sposób bezpieczny, korzystając z laski lub chodzika, jeśli posługuje się nimi zwykle)

10. Zapoczątkowanie chodu : (bezpośrednio po wydaniu polecenia)

0 = jakiegokolwiek niezdecydowanie (wahanie) lub kilkakrotne próby ruszenia z miejsca

1 = start bez wahanias

11. Długość i wysokość kroku :

A. Zasięg ruchu prawej stopy przy wykroku :

0 = nie przekracza miejsca stania lewej stopy

1 = przekracza położenie lewej stopy

0 = prawa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi

1 = prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą

B. Zasięg ruchu lewej stopy przy wykroku :

0 = nie przekracza miejsca stania prawej stopy

1 = przekracza położenie prawej stopy

0 = lewa stopa nie odrywa się całkowicie od podłoża

1 = lewa stopa unosi się całkowicie nad podłogą

12. Symetria kroku :

0 = długość kroku prawej i lewej stopy nie jest jednakowa

1 = długość kroku obu stóp wydaje się równa

13. Ciągłość chodu :

0 = zatrzymywanie się między poszczególnymi krokami lub inny brak ciągłości chodu

1 = chód wydaje się ciągły

14. Ścieżka chodu :(oceniać na odcinku ok.3 metrów, odnotować odchylenie rzędu 30cm)

0 = wyraźne odchylenie od toru

1 = niewielkie lub średniego stopnia odchylenie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.)

2 = prosta ścieżka bez korzystania z pomocy

15. Tułów :

0 = wyraźne kołysanie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych

1 = nie ma kołysania, ale pacjent podczas chodu zgina kolana, plecy lub rozkłada ramiona

2 = pacjent nie kołysze tułowiem, nie zgina kolan, pleców, nie angażuje kończyn górnych ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych

16. Pozycja podczas chodzenia :

0 = pięty rozstawione

1 = pięty prawie stykają się podczas chodzenia

CHÓD - Wynik końcowy...../ 12

ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW...../ 28

Wynik poniżej 26 pkt. wskazuje na problem,
poniżej 19 pkt ryzyko upadku wzrasta 5 x.

SARC-F (Screening for sarcopenia) wg Malmstrom& Morley 2013

	Komponenta	Pytanie	Punktacja
1	Siła (strength)	Jak dużą trudność sprawia Panu/Pani podnoszenie i przenoszenie ciężaru około 5 kg?	nie sprawia mi żadnych trudności – 0 odczuwam pewne trudności – 1 odczuwam duże trudności albo nie jestem w stanie wykonać - 2
2	Pomoc przy chodzeniu (assistance walking)	Jak dużą trudność sprawia Panu/Pani przejście przez pokój?	nie sprawia mi żadnych trudności – 0 odczuwam pewne trudności – 1 odczuwam duże trudności albo nie jestem w stanie wykonać - 2
3	Wstawanie z krzesła (rise from a chair)	Jak dużą trudność sprawia Panu/Pani przemieszczanie się z krzesła lub z łóżka?	nie sprawia mi żadnych trudności – 0 odczuwam pewne trudności – 1 odczuwam duże trudności albo nie jestem w stanie wykonać - 2
4	Wchodzenie po schodach (climb stairs)	Jaką ma Pan/Pani trudność z wejściem po 10 schodach?	nie sprawia mi żadnych trudności – 0 odczuwam pewne trudności – 1 odczuwam duże trudności albo nie jestem w stanie wykonać - 2
5	Upadki (falls)	Ile razy zdarzyło się Panu/Pani upaść w ciągu ubiegłego roku?	w ogóle nie upadłem/am – 0 od 1-3 upadków – 1 przynajmniej 4 upadki - 2
Wynik/10 ; Interpretacja: ≥ 4 punkty świadczy o podejrzeniu sarkopenii			

Skala punktowa oceny ryzyka rozwoju odleżyn NORTON

	Czynniki ryzyka	4	3	2	1
A	Stan fizyczny	dobry	dość dobry	średni	bardzo ciężki
B	Stan świadomości	pełna przytomność i świadomość	apatia	zaburzenia świadomości	stupor lub śpiączka
C	Aktywność, zdolność przemieszczania się	chodzi samodzielnie	chodzi z asystą	porusza się tylko na wózku inwalidzkim	stale pozostaje w łóżku
D	Stopień samodzielności przy zmianie pozycji	pełna	ograniczona	bardzo ograniczona	całkowita niesprawność
E	Czynności zwieraczy odbytu i cewki moczowej	pełna sprawność zwieraczy	sporadyczne moczenie się	zazwyczaj nietrzymanie moczu	całkowite nietrzymanie moczu i stolca

Ryzyko odleżyn stwierdza się u pacjenta z wynikiem równym lub niższym niż 14 punktów

Kwestionariusz oceny stopnia odżywienia - Mini Nutritional Assessment (MNA)

Badanie przesiewowe –MNA-SF (Short Form)

A. Czy przyjmowanie pokarmów w okresie ostatnich trzech miesięcy zmniejszyło się z powodu utraty apetytu, problemów z trawieniem, żuciem czy polykaniem?

- w dużym stopniu – 0 pkt
- w umiarkowanym stopniu – 1 pkt
- nie zaobserwowano – 2 pkt

B. Utrata masy ciała w ostatnich trzech miesiącach:

- więcej niż 3 kg – 0 pkt
- badana osoba nie wie, nie potrafi sprecyzować – 1 pkt
- utrata masy ciała 1–3 kg – 2 pkt
- bez utraty masy ciała – 3 pkt

C. Mobilność/zdolność do samodzielnego przemieszczania się:

- nie opuszcza sam/a łóżka lub krzesła – 0 pkt
- jest w stanie sam/a podnieść się z łóżka lub krzesła, lecz nie wychodzi na zewnątrz – 1 pkt
- wychodzi samodzielnie z domu – 2 pkt

D. Czy w ciągu trzech ostatnich miesięcy wystąpiła u Pani/Pana choroba o przebiegu ostrym lub stres o znacznym nasileniu?

- tak – 0 pkt
- nie – 2 pkt

E. Problemy neuropsychologiczne

- znacznego stopnia demencja lub depresja – 0 pkt
- umiarkowanego stopnia demencja lub depresja – 1 pkt
- bez problemów psychologicznych – 2 pkt

F. Wskaźnik masy ciała (body mass index – BMI)

- BMI <19 – 0 pkt
- BMI 19–21 – 1 pkt
- BMI 21 i <23 – 2 pkt
- BMI 23 – 3 pkt

Przy braku możliwości oceny BMI – pomiar obwodu łydki (CC) w cm

- CC <31 – 0 pkt
- CC ≥31 – 1 pkt

wynik końcowy: ... /14 pkt

Interpretacja: liczba punktów w badaniu przesiewowym, maksymalnie 14 pkt.

≥12 pkt – stan odżywienia prawidłowy, bez zagrożenia, nie wymaga kontynuacji MNA, ≤11 pkt – możliwość niedożywienia, wskazana dalsza ocena, wykonanie pełnej wersji MNA

Wersja pełna MNA obejmuje dodatkowo:

Ocena pacjenta/ki

G. Mieszka poza placówką opiekuńczo – leczniczą: Nie - 0 pkt Tak - 1 pkt

H. Przyjmuje więcej niż trzy leki na dobę: Tak - 0 pkt Nie - 1 pkt

I. Odleżyny lub owrzodzenia: Tak - 0 pkt Nie - 1 pkt

J. Liczba posiłków spożywanych dziennie przez pacjenta:

Jeden posiłek -0 pkt; Dwa posiłki -1 pkt ; Trzy posiłki -2 pkt

K. Wybrane wskaźniki spożycia białka:

co najmniej jeden posiłek z produktów mlecznych(mleko, ser, jogurt)/ dzień TAK/NIE

dwa lub więcej posiłków zawierających jajka lub rośliny strączkowe/ tydzień TAK/NIE

Porcja mięsa, ryb lub drobiu codziennie TAK/NIE

0 pkt - 0-1x TAK ; 0,5 pkt - 2 x TAK ; 1 pkt – 3x TAK

L. Spożywa co najmniej dwa razy dziennie warzywa lub owoce: Nie - 0 pkt Tak - 1 pkt

M. Ilość spożywanych płynów (woda, sok, kawa, herbata, mleko)/dzień:

< 3 szklanek - 0 pkt; 3-5 szklanek - 0,5 pkt >5 szklanek - 1 pkt

N. Sposób odżywiania: wymaga pomocy w czasie jedzenia - 0 pkt; zjada posiłki samodzielnie, ale z pewnymi trudnościami - 1 pkt, zjada posiłki samodzielnie, bez problemów - 2 pkt

O. Samoocena stanu odżywienia - ocenia się jako niedożywiony - 0 pkt; nie potrafi ocenić stanu odżywienia - 1 pkt; bez problemów ze stanem odżywiania - 2 pkt

P. Ocena stanu zdrowia w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku:

Gorszy - 0 pkt, nie potrafi ocenić - 0,5 pkt, Tak samo dobry - 1 pkt; Lepszy - 2 pkt

Q. Obwód ramienia: < 21 cm - 0 pkt > lub = 21cm i < 22 cm - 0,5 pkt > lub = 22 cm lub więcej - 1 pkt

R. Obwód łydki: < 31 cm - 0 pkt > lub = 31 cm - 1 pkt

Wynik końcowy (łączna liczba pkt uzyskanych za odpowiedzi od pytania:/30

Interpretacja:

24 lub więcej pkt – stan odżywienia dobry,

17 – 23,5 pkt – ryzyko niedożywienia,

poniżej 17 pkt - niedożywienie

Skala FRAIL

(van Kan GA et al. *J Nutr Health Aging* 2008;12(1):29-37.)

Fatigue (zmęczenie),

Resistance (wytrzymałość - możliwość wchodzenia po schodach),

Ambulation (zdolność chodu przez ok. 3 minuty),

Illness (obecność chorób współistniejących)

Loss of weight (utrata masy ciała)

Każdy z pięciu wymienionych komponentów oceniany jest po 1 punkcie

Interpretacja:

0 pkt. - brak zespołu wyczerpania rezerw,

1-2 pkt. - grupa ryzyka (prefrail)

3-5 pkt. - frailty.

Kliniczna skala kruchości

(*Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008. 2. K. Rockwood et al. CMAJ 2005;173:489*)

	1 Bardzo sprawni – ludzie silni, aktywni, energiczni i zmotywowani do działania. Ludzie ci zwykle regularnie ćwiczą. Należą do najsprawniejszych osób w swojej grupie wiekowej.		7 Ciężki zespół kruchości – zupełnie zależni od osób trzecich, niezależnie od przyczyny (fizycznej lub umysłowej). Mimo to wydają się być w stanie stabilnym i nie są zagrożeni wysokim ryzykiem śmierci (w przeciągu ok. 6 miesięcy).
	2 Zdrowi – ludzie bez objawów aktywnej choroby, ale mniej sprawni niż grupa 1. Często ćwiczą albo są okresowo bardzo aktywni fizycznie np. w sezonie.		8 Bardzo ciężki zespół kruchości – zupełnie zależni, zbliżający się do końca życia. Zwykle nie są w stanie wyzdrowieć nawet z lekkiej choroby.
	3 W dobrym stanie – ludzie z problemami medycznymi, które są dobrze kontrolowane, ale nieaktywni, nie licząc codziennych czynności takich jak chodzenie.		9 Terminalnie chorzy – Zbliżający się do końca życia. Tą kategorię stosuje się do ludzi z szacowanym czasem przeżycia mniejszym niż 6 miesięcy, którzy poza tym nie wykazują cech zespołu kruchości
	4 Podatni na zespół kruchości – choć nie muszą polegać na innych w życiu codziennym, często mają ograniczoną aktywność fizyczną. Powszechną dolegliwością jest „bycie spowolnialym” lub/i zmęczonym w ciągu dnia.		
	5 Łagodny zespół kruchości – ludzie ci są często zauważalnie bardziej „spowolniali” i potrzebują pomocy w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego (zarządzanie domowymi finansami, przemieszczanie się, ciężkie prace domowe, przygotowywanie leków). Zwykle postępująca słabość utrudnia im robienie zakupów, wychodzenie samego z domu, przygotowywanie posiłków i wykonywanie prac domowych.		
	6 Umiarkowany zespół kruchości – ludzie potrzebujący pomocy we wszystkich czynnościach wykonywanych poza domem i związanych z utrzymaniem domu. W domu często mają problemy z pokonywaniem schodów, potrzebują pomocy przy kąpielach i mogą potrzebować niewielkiej pomocy przy ubieraniu się (podtrzymywania, zabezpieczenia).		

Wskaźnik śmiertelności 4-letniej osób starszych – populacja ambulatoryjna

(Lee et al. JAMA. 2006;295:801-808)

Wiek (lata)	60-64: 1 punkt 65-69: 2 punkty 70-74: 3 punkty 75-79: 4 punkty 80-84: 5 punktów ≥ 85: 7 punktów
Płeć (mężczyzna / kobieta)	Mężczyzna: 2 punkty
Wskaźnik masy ciała (BMI)	BMI<25 kg/m ² : 1 punkt
Czy lekarz kiedykolwiek powiedział Ci, że masz cukrzycę lub wysoki poziom cukru we krwi? (T / N)	Cukrzyca: 1 punkt
Czy lekarz powiedział Ci, że masz raka lub złośliwego guza, z wyłączeniem drobnych nowotworów skóry? (T / N)	Nowotwór: 2 punkty
Czy cierpisz na przewlekłą chorobę płuc, która ogranicza Twoje zwykłe czynności lub powoduje, że potrzebujesz domowej tlenoterapii? (T / N)	Choroba płuc: 2 punkty
Czy lekarz powiedział ci, że masz zastoinową niewydolność serca? (T / N)	Niewydolność serca: 2 punkty
Czy paliłeś papierosy w ostatnim tygodniu? (T / N)	Palenie: 2 punkty
Czy z powodu problemów ze zdrowiem lub pamięcią masz problemy z kąpielą lub prysznicem? (T / N)	Trudności z kąpielą: 2 punkty
Czy z powodu problemów ze zdrowiem lub pamięcią masz trudności z gospodarowaniem swoimi pieniędzmi - takimi jak płacenie rachunków i śledzenie wydatków? (T / N)	Problemy z finansami: 2 punkty
Czy z powodu problemów zdrowotnych masz trudności z przejściem kilku przecznic? (T / N)	Problemy z chodzeniem: 2 punkty
Czy z powodu problemów zdrowotnych masz trudności z przesuwaniem dużych przedmiotów, takich jak krzesło w salonie? (T / N)	Problemy z przesuwaniem: 1 punkt

Suma punktów:/26

Interpretacja (c statistic of 0.84 in the development cohort and 0.82 in the validation cohort):

0-5 pkt – ryzyko < 4%

6 - 9 pkt – ryzyko 15%

10 -13 pkt- ryzyko 42%

≥ 14 - ryzyko 64%