

Шкала боли ВАШ (визуально-аналоговая шкала)



Шкала боли по НОШ (нумерологическая оценочная шкала)

Озвучить пациенту варианты характеристики боли, выбрать наиболее подходящий

Характеристика боли	Баллы
Полное отсутствие боли	0
Боль очень слабая, едва заметная. Большую часть времени пациент о ней не думает	1
Несильная боль. Она может раздражать и время от времени приступообразно усиливаться	2
Боль заметна, она отвлекает, однако к ней можно привыкнуть и приспособиться	3
Умеренная боль. Если человек глубоко погружен в какое-то занятие, он может игнорировать ее, но только в течение какого-то времени, однако затем она обязательно отвлечет внимание на себя	4
Умеренно сильная боль. Ее нельзя игнорировать больше, чем несколько минут, но сделав над собой усилие, человек может выполнять какую-то работу или участвовать в каком-то мероприятии	5
Умеренно сильная боль, которая мешает выполнять нормальные ежедневные действия, так как сосредоточение на чем-то становится чрезвычайно сложной задачей	6
Тяжелая боль, подчиняющая себе все ощущения и существенно ограничивающая способность человека производить обычные действия и общаться с другими. Мешает спать.	7
Интенсивная боль. Физическая активность сильно ограничена. Словесное общение требует огромного усилия	8
Мучительная боль. Человек не в состоянии разговаривать. Возможны неконтролируемые стоны или плач.	9
Невыносимая боль. Человек привязан к постели и, возможно, в бреду. Болевые ощущения такой силы приходится испытывать в течение жизни очень малому количеству людей	10

Шкала боли PAINAD* для невербального пациента

Общее количество баллов может быть в диапазоне от 0 до 10 (от 0 до 2 баллов для пяти элементов), наивысший балл указывает на более сильную боль.

Признаки	0	1	2	Баллы
Дыхание Безотносительно к издаваемым звукам	В норме	временами затруднено. краткие периоды гипервентиляции	Шумное затрудненное дыхание. Длительные периоды гипервентиляции. Дыхание Чейна—Стокса	
Издаваемые звуки	Нет	иногда жалобные стоны. негромкие звуки неодобрения или порицания	Повторяющиеся беспокойные выкрики. Громкие жалобы и стоны. Плач	
Выражение лица	Улыбающееся или нейтральное	печальное, испуганное, насупленное	Гримасы	
Поза и жесты	Расслабленность	напряженность, страдальческий вид, беспокойность	Суровость. Сжатые кулаки. Подтягивает или вытягивает сжатые колени. Энергично двигает руками и ногами	
Возможность утешить	Не нуждается в утешении	можно отвлечь или утешить голосом или прикосновением	Невозможно утешить, отвлечь или успокоить	

Общий балл:

* Pain Assessment in Advanced Dementia scale.

Шкала PPS* оценки общего состояния пациента при паллиативном лечении

Оценка в %	Способность к передвижению	Виды активности и проявления болезни	Самообслуживание	Питание/питье	Уровень сознания
100	Полная	Практически здоров: жалоб нет; признаков заболевания нет	В полном объеме	Нормальное	Не нарушено
90	Полная	Сохранена нормальная ежедневная активность; незначительная степень выраженности проявлений заболевания	В полном объеме	Нормальное	Не нарушено
80	Полная	Нормальная ежедневная активность поддерживается с усилием; умеренная степень выраженности проявлений заболевания	В полном объеме	Нормальное/сокращенное	Не нарушено
70	Сокращенная	Способен себя обслужить; не способен поддерживать нормальную ежедневную активность или выполнять активную работу	В полном объеме	Нормальное/сокращенное	Не нарушено
60	Сокращенная	Большой частью способен себя обслужить, однако в отдельных случаях нуждается в уходе	Иногда требуется помощь	Нормальное/сокращенное	Не нарушено/спутанность
50	Главным образом сидит/лежит	Частично способен себя обслужить, частично нуждается в уходе, часто требуется медицинская помощь	Требуется значительная помощь	Нормальное/сокращенное	Не нарушено/спутанность
40	Преимущественно в постели	Не способен себя обслуживать, требуются специальный уход и медицинская помощь	Как правило, не обходится без помощи	Нормальное/сокращенное	Полное/сонливость/спутанность
30	Полностью прикован к постели	Не способен себя обслуживать, показана госпитализация, хотя непосредственная угроза для жизни отсутствует	Тотальный уход	Сокращенное	Полное/сонливость/спутанность
20	Полностью прикован к постели	Тяжелое заболевание: необходима госпитализация, необходима активная поддерживающая терапия	Тотальный уход	Мелкие глотки	Полное/сонливость/спутанность
10	Полностью прикован к постели	Терминальный период: быстро прогрессирующий фатальный процесс	Тотальный уход	Только уход за полостью рта	Сонливость/кома
0	Смерть	Смерть	-	-	-

* Palliative Performance Scale

Шкала PPI** паллиативный прогностический индекс

Показатель	Балл
PPS	10-20
	30-50
	>60
Питание	Резко снижено
	Снижено
	В норме
Отёки	Есть
	Нет
Одышка в покое	Есть
	Нет
Делирий (психомоторное возбуждение)	Есть
	Нет

PPI > 6 – прогнозируемая продолжительность жизни менее 3-х недель
PPI > 4 – прогнозируемая продолжительность жизни менее 6-х недель
PPI ≤ 4 – прогнозируемая продолжительность жизни более 6-х недель

** Palliative Prognostic Index

Шкала Нортон для оценки риска возникновения пролежней

12 баллов и меньше—высокий риск возникновения пролежней;

12–14 баллов—средний риск возникновения пролежней;

больше 14 баллов—низкий риск возникновения пролежней

Общее состояние	Хорошее	Удовлетворительное	Тяжелое	Крайне тяжелое
Психическое состояние	Настороженное	Апатия	Дезориентированность	Загруженность
Активность	Ходьба	Ходьба с посторонней помощью	Кресло-коляска	Постельный режим
Подвижность	Норма	Несколько ограничена	Сильно ограничена	Обездвиженность
Контроль за функциями таза	Норма	Незначительное недержание мочи	Недержание мочи	Недержание мочи и кала
Баллы	4	3	2	1

Шкала Морсе оценки риска падений

Оценка риска: низкий—до 25 баллов, средний—от 25 до 45 баллов, высокий—более 45 баллов.

Категории	Варианты ответов	Количество баллов
Падение в анамнезе	нет	0
	да	25
Сопутствующие заболевания (больше или равно 1 диагноза)	нет	0
	да	15
Имеет ли пациент вспомогательное средство для перемещения	Постельный режим/помощь медсестры	0
	Костыли/палка/ходунки	15
	Придерживается при перемещении за мебель	30
Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера)	нет	0
	да	20
Функция ходьбы	норма/постельный режим/обездвижен	0
	слабая	10
	нарушена (нуждается в посторонней помощи)	20
Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений (ментальный/психический статус)	знает свои ограничения	0
	переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	15

Шкала EDSS* для оценки неврологических поражений при рассеянном склерозе.

Госпитализация в ГБУЗ «ЦПП ДЗМ» возможна при 6,5 баллов и более.

баллы	DSS	EDSS
1	нет нарушений	1.0 — нет нарушений 1.5 — нет нарушений
2	небольшая слабость, слабо выраженные нарушения походки, сенсорные или глазодвигательные нарушения	2.0 — амбулаторный больной 2.5 — амбулаторный больной
3	умеренно выраженная слабость или монопарез, атаксия, либо их комбинация	3.0 — умеренные нарушения 3.5 — умеренные нарушения, амбулаторный больной
4	относительно выраженная слабость, до 12 часов в день может находиться в вертикальном положении, себя обслуживает полностью	4.0 — как в DSS, больной себя обслуживает, может пройти без помощи и отдыха 500 м 4.5 — требуется минимальная помощь, может работать полный день, пройти без помощи и отдыха 300 м
5	самостоятельная ходьба на небольшие расстояния, неполный рабочий день	5.0 — может пройти без помощи и отдыха 200 м, неполный рабочий день 5.5 — может пройти без помощи и отдыха 100 м, неполный рабочий день
6	ходьба только при поддержке	6.0 — односторонняя поддержка при ходьбе на расстояние 100 м 6.5 — постоянная поддержка с двух сторон для ходьбы на 20 м без отдыха
7	активность в пределах кресла-коляски, сам в ней передвигается, садится	7.0 — может передвигаться в кресле-коляске весь день 7.5 — необходима помощь при передвижении в кресле-коляске, не может быть в ней весь день
8	ограничен кроватью или креслом, себя обслуживает с помощью рук	8.0 — как в DSS 8.5 — эффективно использует руки, но трудности в самообслуживании
9	полностью прикован к постели и беспомощен	9.0 — прикован к постели. возможно общение и еда 9.5 — беспомощен, не может говорить, есть, глотать

*Expanded Disability Status Scale

Шкала MMSE** - оценка психического статуса

Используется для выявления возможных когнитивных нарушений, в частности, деменции

Проба	Баллы
1.Ориентировка во времени: Назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года)	0 - 5
2.Ориентировка в месте: Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж)	0 - 5
3.Восприятие: Повторите три слова: карандаш, дом, копейка	0 - 3
4.Концентрация внимания и счет: Серийный счет ("от 100 отнять 7") - пять раз либо: Произнесите слово "земля" наоборот	0 - 5
5.Память Припомните 3 слова (см. пункт 3)	0 - 3
6.Речь: Показываем ручку и часы, спрашиваем: "как это называется?" Просим повторить предложение: "Никаких если, и или но"	0 - 3
Выполнение 3-этапной команды: "Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол"	0 - 3
Чтение: "Прочтите и выполните"	
1. Закройте глаза	0 - 2
2. Напишите предложение	
3. Срисуйте рисунок (*см. Рис.1)	0 - 1
Общий балл:	

Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует оптимальному состоянию когнитивных функций. Чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит. Результаты теста могут трактоваться следующим образом:

28 – 30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;

24 – 27 баллов – преддементные когнитивные нарушения;

20 – 23 балла – деменция легкой степени выраженности;

11 – 19 баллов – деменция умеренной степени выраженности;

0 – 10 баллов – тяжелая деменция.

** Mini-mental State Examination