

# LEKARZ SPECJALISTA DS. UDARU

FORMULARZ DECYZJI KLINICZNEJ



FORMULARZ DECYZJI KLINICZNEJ LEKARZA SPECJALISTY DS. UDARU

KRYTERIA WYŁĄCZENIA DLA STOSOWANIA DOŻYLNIEGO rt-PA

FORMULARZ SKALI OCENY UDARU NIH

# FORMULARZ DECYZJI KLINICZNEJ LEKARZA SPECJALISTY DS. UDARU

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

Decyzja terapeutyczna

## 1. Rozpoznanie

Prezentacja kliniczna:

Obserwacje dot. obrazowania TK:

Objaw hiperdensyjnej tętnicy

☐

Tak

☐

Nie

Strona

% uszkodzonego regionu MCA

☐

<1/3

☐

>1/3

Wynik w skali ASPECTS

Angio-TK

## 2. Krwawienie/brak krwawienia

Cechy krwawienia w obrazie TK

☐

Tak

☐

Nie

## 3. Stopień nasilenia

Wynik wg skali oceny udaru NIH

Skala Glasgow Coma Scale

Punktacja w skali mRS przed udarem



## FORMULARZ DECYZJI KLINICZNEJ LEKARZA SPECJALISTY DS. UDARU

### 4. Przeciwwskazania

Problemy	Uwarunkowanie	Przeciwwskazanie?	
		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czas, kiedy pacjent był ostatni raz widziany bez objawów		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Ciśnienie krwi		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Stężenie glukozy we krwi		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
INR		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

### 5. Priorytety terapeutyczne

Faza nadostra (0-1 h)	Faza ostra (1-24 h)	Faza podostra (24-72 h)

### Decyzja terapeutyczna

<input type="checkbox"/> rt-PA	<input type="checkbox"/> Ogólne leczenie wspomagające	<input type="checkbox"/> Udar krwotoczny
<input type="checkbox"/> Trombektomia	<input type="checkbox"/> Przemijający napad niedokrwieny	<input type="checkbox"/> Stan udaropodobny

Powód podjęcia decyzji dotyczącej leczenia

Należy zauważyć, że powyższe zalecenia opierają się na wytycznych Europejskiego Stowarzyszenia Udarowego 2008/aktualizacja 2009. Proszę zapoznać się z miejscowymi przepisami i zaleceniami producenta leku.

Źródło: European Stroke Organisation (ESO). Cerebrovasc Dis 2008;25(5):457-507.

## KRYTERIA WYŁĄCZENIA DLA STOSOWANIA DOŻYLNIEGO rt-PA

Na WSZYSTKIE punkty listy kontrolnej należy odpowiedzieć NIE, aby pacjent mógł być leczony dożylnie rt-PA. Jeżeli odpowiedź na którykolwiek z poniższych punktów brzmi TAK, leczenie dożylne rt-PA jest przeciwwskazane.

### Przeciwwskazania do podania rt-PA

#### Przeciwwskazania związane z **dużym ryzykiem krwawienia, takie jak:**

	Tak	Nie
Stwierdzona skaza krwotoczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leczenie doustnymi lekami przeciwkrzepliwymi, np. sól sodowa warfaryny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Istniejące bądź świeżo przebyte ciężkie lub niebezpieczne krwawienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krwawienie śródczaszkowe w wywiadzie bądź podejrzenie wystąpienia krwawienia śródczaszkowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejrzenie krwawienia podpajęczynówkowego lub stan po krwawieniu podpajęczynówkowym z powodu tętniaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uszkodzenie OUN w wywiadzie (np. nowotwór, tętniak, operacja wewnątrz czaszki lub w obrębie kręgosłupa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przebyty w ciągu ostatnich 10 dni zewnętrzny urazowy masaż serca, poród, świeże wklucia do trudnych do uciśnięcia naczyń (żyły podobojczykowych lub szyjnych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciężkie niekontrolowane nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bakteryjne zapalenie wsierdza, zapalenie osierdza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostre zapalenie trzustki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udokumentowana choroba wrzodowa żołądka lub jelit w ciągu ostatnich 3 miesięcy, żylaki przełyku, tętniak aorty, nieprawidłowości rozwoju tętnic i/lub żył	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nowotwory ze zwiększonym ryzykiem krwawienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciężkie choroby wątroby, w tym niewydolność wątroby, marskość wątroby, nadciśnienie wrotne (żylaki przełyku), czynne zapalenie wątroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duże zabiegi chirurgiczne lub ciężkie urazy przebyte w ciągu ostatnich 3 miesięcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ślady krwawienia śródczaszkowego w skanie TK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objawy sugerujące krwawienie podpajęczynówkowe, nawet jeśli skan TK jest prawidłowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przyjmowanie heparyny w ciągu poprzedzających 48 godzin oraz czas trombolastyny przekraczający normę laboratoryjną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcześniejszy udar w ciągu ostatnich 3 miesięcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liczba płytek poniżej 100 000/mm <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SBP >185 lub DBP >110 mmHg lub agresywne postępowanie (leki dożylne) konieczne do obniżenia ciśnienia krwi do tych limitów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Przeciwwskazania na podstawie **czasu:**

Wystąpienie objawów udaru niedokrwiennego wcześniej niż 4,5 godziny przed rozpoczęciem infuzji lub w sytuacji, kiedy czas wystąpienia objawów jest nieznan i może być dłuższy niż 4,5 godziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

#### Przeciwwskazania na podstawie **stopnia ciężkości udaru:**

Niewielkie zaburzenia neurologiczne lub szybka poprawa objawów przed rozpoczęciem wlewu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciężki udar wg oceny klinicznej (np. NIHSS >25) i/lub wg odpowiednich badań obrazowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Przeciwwskazanie związane z **wiekem:**

Dzieci poniżej 16 roku życia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	--------------------------

#### Dodatkowe przeciwwskazania:

Napad padaczkowy w momencie wystąpienia udaru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcześniejszy udar w wywiadzie z współistniejącą cukrzycą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stężenie glukozy we krwi <50 lub >400 mg/dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# SZYBKA OCENA UDARU W SKALI NARODOWEGO INSTYTUTU ZDROWIA NIHSS

Wersja skrócona<sup>1</sup>

Wykonaj punkty oceny w skali udarowej w podanej kolejności. Zapisz wyniki w każdej kategorii po każdym badaniu. Nie wracaj do wykonanych badań i nie zmieniaj wyników. Stosuj się do instrukcji podanych dla każdej techniki badania. Wyniki powinny odzwierciedlać, co pacjent robi, a nie co lekarz uważa, że pacjent robi. Lekarz powinien zapisywać odpowiedzi podczas przeprowadzania badania i pracować szybko. Poza zaznaczonymi miejscami pacjenta nie należy instruować (np. powtarzać poleceń o wykonanie specjalnego wysiłku).

		Wynik		
		Przyjęcie	72 godziny	Wypis
<b>1a Świadomość</b>	0 = Przytomny 1 = Senny 2 = Zamroczony 3 = Śpiączka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>1b Orientacja</b>	0 = Podaje prawidłowo miesiąc, wiek, za pierwszą próbą 1 = Jedna odpowiedź prawidłowa / zaintubowany / ciężka dyzartria lub bariera językowa 2 = Wszystkie odpowiedzi niepoprawne / afazja / śpiączka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>1c Wykonywanie poleceń</b>	0 = Wykonuje prawidłowo oba polecenia 1 = Wykonuje jedno polecenie 2 = Nie wykonuje żadnego polecenia / śpiączka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>2 Widzenie</b>	0 = Prawidłowe 1 = Częściowy peryferyjny niedowład (N. III, IV, VI) lub odchylenie, które można pokonać 2 = Stałe odchylenie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>3 Pole widzenia</b>	0 = Prawidłowe 1 = Niedowidzenie kwadrantowe lub wygaszanie sensoryczne 2 = Całkowita hemianopsja 3 = Ślepota	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>4 Mimika</b>	0 = Prawidłowa 1 = Lekki niedowład środkowy, spłaszczona szczelina nosowo-wargowa 2 = Widoczny niedowład środkowy lub paraliż 3 = Dwustronny lub peryferyjny niedowład lub śpiączka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>5a Utrzymywanie lewej ręki</b>	0 = Trzyma rękę normalnie przez 10 sekund 1 = Ręka powoli częściowo opada 2 = Ręka szybko całkowicie opada 3 = Ręka opada 4 = Brak ruchu lub śpiączka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>5b Utrzymywanie prawej ręki</b>	0 = Trzyma rękę normalnie przez 10 sekund 1 = Ręka powoli częściowo opada 2 = Ręka szybko całkowicie opada 3 = Ręka opada 4 = Brak ruchu lub śpiączka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



# SZYBKA OCENA UDARU – Skala NIHSS (wersja skrócona)

		Wynik		
		Przyjęcie	72 godziny	Wypis
6a Utrzymywanie lewej nogi	0 = Trzyma nogę normalnie przez 5 sekund 1 = Noga powoli częściowo opada 2 = Noga szybko całkowicie opada 3 = Noga opada 4 = Brak ruchu lub śpiączka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6a Utrzymywanie prawej nogi	0 = Trzyma nogę normalnie przez 5 sekund 1 = Noga powoli częściowo opada 2 = Noga szybko całkowicie opada 3 = Noga opada 4 = Brak ruchu lub śpiączka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7 Ataksja	0 = Brak ataksji, pacjent nie rozumie, paraliż lub śpiączka 1 = Ataksja 1 kończyny 2 = Ataksja 2 kończyn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8 Wrażliwość	0 = Prawidłowa 1 = Delikatne zaburzenia czucia 2 = Całkowita utrata czucia lub śpiączka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9 Język	0 = Prawidłowy 1 = Trudności w dobraniu słów, łagodna afazja 2 = Wyraźne trudności w prowadzeniu rozmowy 3 = Całkowita afazja, pacjent milczy lub jest w śpiączce	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10 Dyzartria	0 = Brak dyzartrii 1 = Dyzartria, pacjenta można z łatwością zrozumieć 2 = Dyzartria, pacjent mówi bardzo niezrozumiale lub wcale lub śpiączka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11 Wygaszanie sensoryczne	0 = Brak nieprawidłowości 1 = Wygaszanie jednej modalności sensorycznej lub inne oznaki zaniedbywania 2 = Wygaszanie więcej niż jednej modalności sensorycznej lub śpiączka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Łącznie		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lekarz SOR, imię i nazwisko	Numer zespołu	Podpis	Data
			Czas