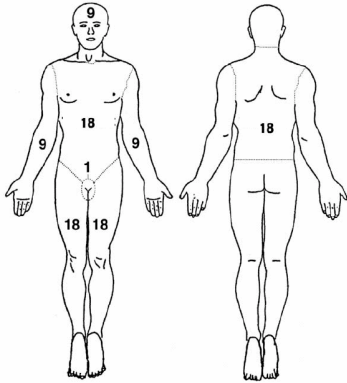


Formularz A część 1

Skóra

Data badania _____ (Pan/Pani) Imię i nazwisko _____ Aktualna masa ciała _____

Kliniczna ocena nasilenia objawów przewlekłego GVHD

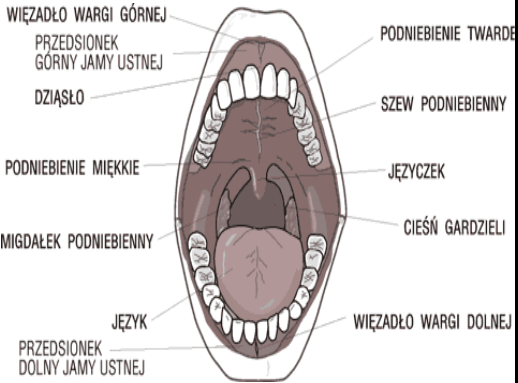
Oceniany narząd	Wynik badania / oceny	Punktacja
Skóra 	Każdy rodzaj wysypki krwotocznej	% powierzchni ciała (max 100%)
	Przesuwalne zmiany stwardniałe	% powierzchni ciała (max 100%)
	Nieprzesuwalne zmiany stwardniałe (nie dające się 'uszczypnąć') lub stwardnienie tkanki podskórnej / powięzi	% powierzchni ciała (max 100%)
	Owrodzenia, należy ocenić największe owrodzenie , zmierzyć jego największy wymiar w cm i określić lokalizację	
Oczy Obustronny test Shirmera bez znieczulenia; (u osób > 9 r.ż.)	Prawe oko: mm zmożenia bibułki	Lewe oko: mm zmożenia bibułki

Formularz A część 2

Jama ustna

Data badania _____ (Pan/Pani) Imię i nazwisko _____ Aktualna masa ciała _____

Kliniczna ocena nasilenia objawów przewlekłego GVHD

Jama ustna 	Zmiany śluzówkowe	Bez objawów cGVHD	Łagodne		Umiarkowane		Ciężkie		
	Rumień	brak	0	Łagodny lub umiarkowany rumień (<25%)	1	Umiarkowany (≥25%) lub ciężki rumień (<25%)	2	Nasilony rumień (≥ 25%)	3
	Zmiany liszajowate	brak	0	Nadmierne rogowacenie (< 25%)	1	Nadmierne rogowacenie (25%-50%)	2	Nadmierne rogowacenie (>50%)	3
	Owrzodzenia	brak	0	Brak	0	Owrzodzenia obejmujące ≤ 20% powierzchni	3	Nasilone owrzodzenia (>20% pow.)	6
	Torbiele śluzowe*	brak	0	1-5	1	6-10 rozproszonych torbieli śluzowych	2	Ponad 10 torbieli śluzowych	3
	* oceniane tylko na dolnej wardze i podniebieniu miękkim								
							Całkowity wynik dla wszystkich zmian w obrębie śluzówek		
Morfologia krwi obwodowej	Liczba płytek krwi	Zakres normy	Leukocytoza		Zakres normy		% eozynofili		
	G/L	G/L	G/L		G/L		%		
Próby wątrobowe	Stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy	Zakres normy	ALT	Zakres normy	Fosfataza alkaliczna	Zakres normy			
	mg/dl	mg/dl	UI/L	UI/L	UI/L	UI/L	UI/L		

Formularz A część 3

Przewód pokarmowy

Data badania _____ (Pan/Pani) Imię i nazwisko _____ Aktualna masa ciała _____

<p>Zołądkowo-jelitowy Górny odcinek p. pok.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wczesne uczucie sytości LUB • wyniszczenie LUB • nudności i wymioty 	<p>0 = brak objawów</p> <p>1 = łagodne, rzadko występujące objawy, małe ograniczenie ilości spożywanych pokarmów w ostatnim tygodniu</p> <p>2 = miernie nasilone, okresowo występujące objawy, z większym ograniczeniem ilości spożywanych pokarmów w ostatnim tygodniu</p> <p>3 = objawy nasilone lub stale występujące w trakcie dnia, ze znacznym ograniczeniem ilości spożywanych pokarmów, w prawie każdym dniu ostatniego tygodnia</p>
<p>Zołądkowo-jelitowy Przełyk</p> <ul style="list-style-type: none"> • dysfagia LUB • ból przy połykaniu 	<p>0 = bez objawów ze strony przełyku</p> <p>1 = sporadycznie pojawiająca się dysfagia lub ból przy połykaniu pokarmów stałych lub tabletek w ostatnim tygodniu</p> <p>2 = okresowo występująca dysfagia lub ból przy połykaniu pokarmów stałych lub tabletek ale nie płynów i miękkich pokarmów w ostatnim tygodniu</p> <p>3 = dysfagia lub ból przy połykaniu prawie wszystkich pokarmów/płynów, prawie każdego dnia ostatniego tygodnia.</p>
<p>Zołądkowo-jelitowy Dolny odcinek p. pok.</p> <ul style="list-style-type: none"> • biegunka 	<p>0 = bez pojawienia się luźnych lub płynnych stolców przez ostatni tydzień</p> <p>1 = sporadyczne pojawienie się w niektóre dni luźnych lub płynnych stolców w ostatnim tygodniu</p> <p>2 = okresowe pojawienie się luźnych lub płynnych stolców prawie każdego dnia ostatniego tygodnia nie wymagające zapobiegania /wyrównania objętości płynów w organizmie</p> <p>3 = biegunka o dużej objętości prawie każdego dnia ostatniego tygodnia wymagająca zapobiegania / wyrównania objętości płynów w organizmie</p>

Formularz A część 4

Płuca i ogólna ocena stanu zdrowia

Data badania _____ (Pan/Pani) Imię i nazwisko _____ Aktualna masa ciała _____

Płucny • zarostowe zapalenie pęcherzyków	Test czynnościowy płuc z oceną wydolności dyfuzyjnej, (wykonać u osób >5 r.ż.)	FEV₁ % oczekiwanej	DL_{CO} pojedynczego oddechu (skorygowane wobec poziomu Hb) % oczekiwanej
Ogólna ocena stanu zdrowia wg. lekarza Czy uważasz, że przewlekłe GVHD u tego pacjenta jest łagodne, umiarkowane czy nasilone? 1 = łagodne 2 = umiarkowane 3 = nasilone	Jak określiłbyś nasilenie u pacjenta objawów przewlekłego GVHD na skali gdzie: '0' oznacza brak nasilonych objawów a '10' największe z możliwych nasilenie objawów 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 brak nasilonych objawów największe z możliwych nasilenie objawów	W ciągu ostatniego miesiąca oceniłbyś, że przewlekłe GVHD u tego pacjenta uległo: +3 = znacznej poprawie +2 = umiarkowanej poprawie +1 = niewielkiej poprawie 0 = nie uległo zmianie -1 = niewielkiemu pogorszeniu -2 = umiarkowanemu pogorszeniu -3 = znacznemu pogorszeniu	
Ocena czynnościowa (u osób > 4 r.ż.) • próba 2 min. marszu • siła uścisku dłoni	Całkowita odległość przebyta w ciągu 2 minut: Ilość okrążeń _____ (x 15 metrów) + długość końcowego okrążenia _____ metry = _____ ilość metrów przebyta w ciągu 2 minut	Siła uścisku dłoni (ręka dominująca) Próba 1 Próba 2 Próba 3 PSI PSI PSI	Zdolność poruszania się • nie przeprowadzono • załączono dokumentację fizykoterapii

Zasady wykonwania prób 2 minutowego marszu oraz testu uścisku dłoni są zawarte w odrębnych formularzach

Formularz A część 5 Ocena stanu sprawności

Pkt.	Ocena wydolności - Skala Lansky'ego (u osób >16r.ż.) (zakres punktacji od 0 o 100)	Ocena wydolności – Skala Karnowskiego (dla osób >16r.ż.) (zakreślić 0-100)
100	W pełni aktywny, sprawność normalna	Normalna, bez dolegliwości, bez objawów choroby
90	Niewielkie ograniczenie przy nasilonym wysiłku fizycznym	Zdolny do normalnej aktywności, minimalne objawy choroby
80	Aktywny ale szybciej się męczy	Z trudem utrzymuje normalną aktywność, obecne objawy choroby
70	Równoczesne ograniczenie i skrócenie czasu aktywnego wysiłku fizycznego	Zdolny do samodzielnego życia, nie jest zdolny do normalnej aktywności, pracy
60	Wykonuje codzienne czynności, ale minimalna aktywność fizyczna, preferuje czynności wymagające umiarkowanego wysiłku	Sporadycznie wymaga pomocy ale jest zdolny do prawie samodzielnego życia
50	Ubiera się samodzielnie ale większość dnia leży, uczestniczy w spokojnych czynnościach	Wymaga znacznej pomocy i częstych interwencji medycznych
40	Większości czasu spędza w łóżku, uczestniczy w spokojnych czynnościach	Niesprawny wymaga ciągłej pomocy i specjalistycznej opieki
30	Pozostaje głównie w łóżku, wymaga pomocy nawet przy najspokojniejszych czynnościach	W znacznym stopniu niesprawny, wskazana hospitalizacja ale bez bezpośredniego zagrożenia życia
20	Często śpi, jedynie biernie uczestniczy w najspokojniejszych czynnościach	Ciężko chory, niezbędna hospitalizacja, wymaga intensywnego leczenia wspierającego
10	Nie opuszcza łóżka, nie uczestniczy w żadnych czynnościach	Umierający, gwałtowne pogarszanie się stanu zdrowia