

PŘÍLOHY

Příloha 1: ISAFSCI (Krassioukov et al., 2012)



Appendix I



Autonomic Standards Assessment Form

Patient Name: _____

General Autonomic Function

System/Organ	Findings	Abnormal conditions	Check mark
Autonomic control of the heart	Normal		
	Abnormal	Bradycardia	
		Tachycardia	
		Other dysrhythmias	
Unknown			
Unable to assess			
Autonomic control of blood pressure	Normal		
	Abnormal	Resting systolic blood pressure below 90 mmHg	
		Orthostatic hypotension	
		Autonomic dysreflexia	
Unknown			
Unable to assess			
Autonomic control of sweating	Normal		
	Abnormal	Hyperhydrosis above lesion	
		Hyperhydrosis below lesion	
		Hypohydrosis below lesion	
Unknown			
Unable to assess			
Temperature regulations	Normal		
	Abnormal	Hyperthermia	
		Hypothermia	
	Unknown		
Unable to assess			
Autonomic and Somatic Control of Broncho-pulmonary System	Normal		
	Abnormal	Unable to voluntarily breathe requiring full ventilatory support	
		Impaired voluntary breathing requiring partial vent support	
		Voluntary respiration impaired does not require vent support	
Unknown			
Unable to assess			

Autonomic Diagnosis: (Supraconal , Conal , Cauda Equina)

Lower Urinary Tract, Bowel and Sexual Function

System/Organ	Score
Lower Urinary Tract	
Awareness of the need to empty the bladder	
Ability to prevent leakage (continence)	
Bladder emptying method (specify) _____	
Bowel	
Sensation of need for a bowel movement	
Ability to Prevent Stool Leakage (continence)	
Voluntary sphincter contraction	
Sexual Function	
Genital arousal (erection or lubrication)	Psychogenic Reflex
Orgasm	
Ejaculation (male only)	
Sensation of Menses (female only)	

2=Normal function, 1=Reduced or Altered Neurological Function
0=Complete loss of control, NT=Unable to assess due to preexisting or concomitant problems

Date of Injury _____ Date of Assessment _____

This form may be freely copied and reproduced but not modified.
This assessment should use the terminology found in the International SCI Data Sets (ASIA and ISCoS - <http://www.iscos.org.uk>)

Examiner _____

**INTERNATIONAL SPINAL CORD INJURY URODYNAMIC BASIC DATA SET
(Version 2.0)**

Data collection form

Date performed: YYYYMMDD Unknown

Bladder sensation during filling cystometry:

Normal Increased Reduced Absent Non-specific Unknown

Detrusor function during filling cystometry:

Normal Neurogenic detrusor overactivity Unknown

Maximum detrusor pressure during filling cystometry: _____ cm H₂O

Not applicable Unknown

Compliance during filling cystometry: _____ mL/cm H₂O

Low (< 20 mL/cm H₂O) Yes No Unknown

Detrusor leak point pressure: _____ cm H₂O Unknown

Cystometric bladder capacity: _____ mL Unknown

Detrusor function during voiding:

Normal Underactive detrusor Acontractile detrusor Unknown

Urethral function during voiding:

Normal Detrusor sphincter dyssynergia Non-relaxing urethral sphincter obstruction
 Unknown

Post void residual volume: _____ mL Not applicable Unknown

Příloha 3: Autonomic Dysfunction Following Spinal Cord Injury Questionnaire
(Hubli, Gee and Krassioukov, 2015, překlad: Spinální jednotka FN Motol)



Autonomní dysfunkce po poranění míchy

Datum vyšetření: _____

I. Osobní anamnéza

1. Datum narození: _____ Pohlaví: M / Ž
2. Datum úrazu: _____
3. Neurologická úroveň léze (NLI), např. C6: _____
4. Pokud znáte kompletnost Vaší míšní léze, zaškrtněte:
- kompletní
- nekompletní
5. Pokud znáte rozsah Vaší míšní léze (AIS), zaškrtněte:
- A B C D

II. Medikace

6. Prosím označte medikaci, kterou užíváte, včetně dávkování

Medikace	Dávkování	Medikace	Dávkování
<input type="checkbox"/> Amitriptylin	_____	<input type="checkbox"/> Baclofen	_____
<input type="checkbox"/> Ditropan/Spasmed	_____	<input type="checkbox"/> Gabapentin	_____
<input type="checkbox"/> Lyrica/Pregabalin	_____	<input type="checkbox"/> Gutron/Midodrin	_____
<input type="checkbox"/> Paracetamol	_____	<input type="checkbox"/> Jiné (specifikujte):	_____

III. Autonomní dysreflexie

7. Zažíváte epizody autonomní dysreflexie (AD) (stav, kdy dojde k prudkému zvýšení krevního tlaku, obvykle kvůli bolestivému podnětu pod úrovní míšní léze, které je doprovázeno příznaky jako bolest hlavy, pocení a husí kůže)?
- ano ne nejsem si jistý

Pro otázky 8-15 použijte prosím níže uvedenou škálu, která určuje frekvenci Vašich příznaků

0 : nikdy 1 : zřídka 2 : občas 3 : často 4 : velmi často

8. Jak často se AD vyskytne v těchto situacích?

0	1	2	3	4	během cvičení
0	1	2	3	4	během vyprazdňování močového měchýře
0	1	2	3	4	během vyprazdňování střeva
0	1	2	3	4	během sexuální aktivity
0	1	2	3	4	důsledkem jiného známého podnětu
0	1	2	3	4	spontánně z neznámého důvodu

9. Pokud jste zvolil/a „jiného známého podnětu“, prosím uveďte konkrétně (např. dlouhodobý sed):

10. Jak často zažíváte tyto příznaky během dne?

0	1	2	3	4	bolest hlavy
0	1	2	3	4	nadměrné pocení nad úrovní léze
0	1	2	3	4	husí kůže
0	1	2	3	4	úzkost
0	1	2	3	4	bušení srdce

11. Jak často zažíváte tyto příznaky během cvičení?

0	1	2	3	4	bolest hlavy
0	1	2	3	4	nadměrné pocení nad úrovní léze
0	1	2	3	4	husí kůže
0	1	2	3	4	úzkost
0	1	2	3	4	bušení srdce

12. Jak často zažíváte tyto příznaky během vyprazdňování močového měchýře?

0	1	2	3	4	bolest hlavy
0	1	2	3	4	nadměrné pocení nad úrovní léze
0	1	2	3	4	husí kůže
0	1	2	3	4	úzkost
0	1	2	3	4	bušení srdce

13. Jak často zažíváte tyto příznaky během vyprazdňování střeva?

- 0 1 2 3 4 bolest hlavy
0 1 2 3 4 nadměrné pocení nad úrovní léze
0 1 2 3 4 husí kůže
0 1 2 3 4 úzkost
0 1 2 3 4 bušení srdce

14. Jak často zažíváte tyto příznaky během sexuálních aktivit?

- 0 1 2 3 4 bolest hlavy
0 1 2 3 4 nadměrné pocení nad úrovní léze
0 1 2 3 4 husí kůže
0 1 2 3 4 úzkost
0 1 2 3 4 bušení srdce

15. Jak často zažíváte tyto příznaky při jiném známém podnětu?

- 0 1 2 3 4 bolest hlavy
0 1 2 3 4 nadměrné pocení nad úrovní léze
0 1 2 3 4 husí kůže
0 1 2 3 4 úzkost
0 1 2 3 4 bušení srdce

Pro otázku 16 použijte prosím níže uvedenou škálu, která hodnotí, **jak příznaky ovlivňují** běžné denní aktivity (oblékání, hygienu) a cvičení:

0 : nikdy 1 : mírně 2 : středně 3 : silně
4 : silně do té míry, že musím být kvůli příznakům upoután/a na lůžko

16. V následující tabulce prosím zhodnoťte, jak Vás následující příznaky ovlivňují během denních aktivit a cvičení:

Příznak	Denní aktivity	Cvičení	Sexuální aktivity
Bolest hlavy	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Pocení pod úrovní léze	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Husí kůže	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Úzkost	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Bušení srdce	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

IV. Hypotenze

17. **Zažíváte epizody ortostatické hypotenze (stav, kdy dojde ke snížení krevního tlaku při změně polohy z lehu do sedu do stoje, které je doprovázeno příznaky jako točení hlavy, slabost nebo mdloby)?**

- ano ne nejsem si jistý

Pro otázky 17-21 prosím použijte níže uvedenou škálu, která hodnotí frekvenci Vašich příznaků:

0 : nikdy 1 : zřídka 2 : občas 3 : často 4 : velmi často

18. **Jak často zažíváte tyto příznaky během dne?**

0	1	2	3	4	točení hlavy
0	1	2	3	4	závrať
0	1	2	3	4	rozmazané vidění
0	1	2	3	4	pocit na zvracení
0	1	2	3	4	slabost
0	1	2	3	4	zmatenost
0	1	2	3	4	únava
0	1	2	3	4	mdloby

19. **Co obvykle spouští tyto příznaky (např. teplo, změna polohy)?**

20. **Jak často zažíváte tyto příznaky během přesunu z lůžka na vozík?**

0	1	2	3	4	točení hlavy
0	1	2	3	4	závrať
0	1	2	3	4	rozmazané vidění
0	1	2	3	4	pocit na zvracení
0	1	2	3	4	slabost
0	1	2	3	4	zmatenost
0	1	2	3	4	únava
0	1	2	3	4	mdloby

21. **Jak často zažíváte tyto příznaky po jídle?**

0	1	2	3	4	točení hlavy
---	---	---	---	---	--------------

0	1	2	3	4	závrať
0	1	2	3	4	rozmazané vidění
0	1	2	3	4	pocit na zvracení
0	1	2	3	4	slabost
0	1	2	3	4	zmatenost
0	1	2	3	4	únava
0	1	2	3	4	mdloby

22. Jak často zažíváte tyto příznaky během nebo po cvičení?

0	1	2	3	4	točení hlavy
0	1	2	3	4	závrať
0	1	2	3	4	rozmazané vidění
0	1	2	3	4	pocit na zvracení
0	1	2	3	4	slabost
0	1	2	3	4	zmatenost
0	1	2	3	4	únava
0	1	2	3	4	mdloby

Pro otázku 23 prosím použijte níže uvedenou škálu, která hodnotí, **jak příznaky ovlivňují** běžné denní aktivity (terapii, oblékání, hygienu) a cvičení:

0 : nikdy 1 : mírně 2 : středně 3 : silně

4 : silně do té míry, že musím být kvůli příznakům upoután/a na lůžko

23. V následující tabulce prosím ohodnoťte, jak Vás následující příznaky ovlivňují během přesunů, po jídle a během nebo po cvičení:

Příznak	Během přesunů	Po jídle	Během / po cvičení
Točení hlavy	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Závrať	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Rozmazané vidění	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Pocit na zvracení	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Slabost	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Zmatenost	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Únava	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Mdloby	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

24. Stav, při kterých se vyskytuje ortostatická hypotenze

- 0 Nikdy nebo zřídka zažívám ortostatické příznaky při jakýchkoliv situacích.
- 1 Občas zažívám ortostatické příznaky v určitých situacích, jako je dlouhotrvající stoj/sed, jídlo, námaha (např. chůze, pohánění vozíku) nebo vystavení teplu (teplé počasí, horká koupel, horká sprcha).
- 2 Často zažívám ortostatické příznaky v určitých situacích, jako je dlouhotrvající stoj/sed, jídlo, námaha (např. chůze, pohánění vozíku) nebo vystavení teplu (teplé počasí, horká koupel, horká sprcha).
- 3 Většinou zažívám ortostatické příznaky v určitých situacích, jako je dlouhotrvající stoj/sed, jídlo, námaha (např. chůze, pohánění vozíku) nebo vystavení teplu (teplé počasí, horká koupel, horká sprcha).
- 4 Vždy zažívám ortostatické příznaky, když si stoupnu nebo se posadím, zvláštní podmínky nehrají roli.

25. Délka stoje / sezení

- 0 Většinou mohu stát/sedět tak dlouho, jak je třeba, bez ortostatických příznaků.
- 1 Většinou mohu stát/sedět více než 15 minut, než se dostaví ortostatické příznaky.
- 2 Většinou mohu stát/sedět více než 5-14 minut, než se dostaví ortostatické příznaky.
- 3 Většinou mohu stát/sedět více než 1-4 minuty, než se dostaví ortostatické příznaky.
- 4 Většinou mohu stát/sedět méně než 1 minutu, než se dostaví ortostatické příznaky.

Je něco, na co jsme se nezeptali a byl/a byste rád/a, abychom to věděli?

Příloha 4: Seznam probandů testované skupiny

Proband	Pohlaví	Neurol. úroveň léze	AIS	Příčina léze	Interval úraz - vyšetření	věk	poznámky
1	M	Th4	A	netraumatická	126	61	
2	M	C4	A	trauma	20	25	
3	M	C4	A	trauma	90	17	Pouze KT
4	Ž	C6	A	trauma	50	33	
5	M	C2	A	Netraumatická	261	47	Pouze KT
6	M	C5	A	trauma	27	18	
7	M	C5	A	trauma	106	24	
8	M	C6	A	trauma	43	59	<i>vyřazen</i>
9	M	C4	A	trauma	84	24	
10	M	Th3	B	Netraumatická	104	53	Pouze KT
11	M	C6	B	trauma	25	27	
12	M	C5	B	trauma	47	31	
13	M	C6	B	trauma	31	24	
14	M	C6	B	trauma	22	47	
15	Ž	C4	C	trauma	27	29	Pouze KT
16	M	C3	C	Netraumatická	62	52	Pouze KT
17	M	C4	C	trauma	27	29	
18	Ž	C6	C	trauma	126	41	
19	M	C4	C	trauma	76	76	
20	M	C7	D	trauma	10	34	
21	M	C4	D	trauma	117	76	
celkem	3Ž, 18M	C2 – Th4	A-D	4 netraum.	70	38	20 KT, 15 SF

Příloha 5: Informovaný souhlas (vlastní zdroj)

Univerzita Karlova v Praze

2. lékařská fakulta



**Informovaný souhlas
s použitím informací o pacientovi pro účely diplomové práce studenta/ky
2. LF UK v Praze oboru fyzioterapie**

V souladu se Zákonem o péči o zdraví lidu (§ 23 odst. 2 zákona č. 20/1996 Sb.) s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001 Sb. m. s. Vás žádám o souhlas k vyšetření pomocí systému Finapres Nova. Dále Vás žádám o souhlas k nahlížení do Vaší dokumentace osobou získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a s uveřejněním výsledků měření v rámci diplomové práce na 2. LF UK v Praze. Osobní data v této práci nebudou uvedena.

Dnešního dne jsem byl/a odborným pracovníkem poučen/a o plánovaném vyšetření. Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že odborný pracovník, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu, a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením měření pomocí přístroje Finapres Nova během vertikalizace na stavěcím stole.

Souhlasím s nahlížením osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání do mé dokumentace a s uveřejněním výsledků měření v rámci diplomové práce.

Datum:

Osoba, která provedla poučení:

Podpis osoby, která provedla poučení:

Vlastnoruční podpis pacienta: