|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO** |  | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
| **ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA** | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
| **ITENS** | **PONTOS** | | | | | | | |
| **1 ponto** | **2 pontos** | | | | **3 pontos** | | |
| Idade | **< 25 anos** | **26 a 50 anos** | | | | **> 51 anos** | | |
| Tabagismo |  | Leve / moderado | | | | Intenso | | |
| Diabetes |  | Sim | | | |  | | |
| Hipertensão arterial sistêmica |  | Sim | | | |  | | |
| Queimadura |  | < 30% | | | | > 30% | | |
| Osteomielite |  | Sim | | | | c/ exposição óssea | | |
| Toxemia |  | Moderada | | | | Intensa | | |
| Choque |  | Estabilizado | | | | Instável | | |
| Infecção / secreção | Pouca | Moderada | | | | Acentuada | | |
| > Diâmetro DA > lesão | < 5 cm | 5 a 10 cm | | | | > 10 cm | | |
| Crepitação subcutânea | < 2 cm | 2 a 6 cm | | | | > 6 cm | | |
| Celulite | < 5 cm | 5 a 10 cm | | | | > 10 cm | | |
| Insuficiência arterial aguda |  | Sim | | | |  | | |
| Insuficiência arterial crônica |  |  | | | | Sim | | |
| Lesão aguda |  | Sim | | | |  | | |
| Lesão crônica |  |  | | | | Sim | | |
| Alteração linfática |  | Sim | | | |  | | |
| Amputação / Desbridamento | Em risco | Planejada | | | | Realizada | | |
| Dreno de tórax |  | Sim | | | |  | | |
| Ventilação mecânica |  | Sim | | | |  | | |
| Períneo / mama / face |  |  | | | | Sim | | |
| *(\*) The “University of São Paulo (USP) Severity Score” for hyperbaric oxygen patients. M. D’Agostino Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monteiro, C.H.Esteves,* ***L.M/.****Menegazzo, M.R.Sousa, L.A Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p.35. 1997* | | | | | | | | |
|  | Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos | | | |  | |  |  |
|  | GI < 10 pontos | |  | |  | |  |  |
|  | GII 11 a 20 pontos | |  | |  | |  |  |
|  | GIII 21 a 30 pontos | |  | |  | |  |  |
|  | GIV > 31 pontos | |  | |  | |  |  |
| **Data:** | **Assinatura / carimbo do médico** | | | | | | | |

****