



Tabela uszczerbków

A. USZKODZENIA GŁOWY

Procent trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku

1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):

a) blizny – rozległe (powyżej 5 cm długości), szpeczące, ściągające – w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości itp.	1–10
Utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (w zależności od obszaru):	
b) poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1–10
c) od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11–20
d) powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21–30

Uwaga: W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia, należy oceniać wg poz. 1a.

2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki – w zależności od rozległości obrażeń, wgłobień, fragmentacji

1–10

3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:

a) poniżej 10 cm ²	1–10
b) od 10 do 50 cm ²	11–15
c) powyżej 50 cm ²	16–25

Uwaga: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, odsetek trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku, oceniony wg powyższej zasady, należy zmniejszyć o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz. 1.

4. Utrwalone, utrzymujące się mimo prawidłowego leczenia, powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego, mimo leczenia operacyjnego, płynotoku usznego lub nosowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań

1–15

5. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (uwzględniając skalę Lovetta lub skalę Ashwortha):

a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	100
b) głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie upośledzający sprawność kończyn (2–3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha)	60–80
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	40–60
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° wg skali Lovetta lub 2/1°–1° wg skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5–35
e) porażenie kończyny górnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha):	
– prawej	70–90
– lewej	60–80
f) niedowład kończyny górnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
– prawej	70–90
– lewej	60–80
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
– prawa	50–60
– lewa	40–50
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2–2/3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha):	
– prawa	30–50
– lewa	20–40
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha):	
– prawa	10–30
– lewa	5–20

j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	40–50
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2–2/3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha)	25–40
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3–3/4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	15–25
m) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4–4/5° wg skali Lovetta lub 2/1–1° wg skali Ashwortha)	5–15

Uwaga: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo wg poz. 11, uwzględniając że całkowity trwały uszczerbek lub poważny trwały uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać wg poz. od 5j do 5m, oddzielnie dla każdej kończyny.

Skala Lovetta

0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej
1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej
2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu za pomocą i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej
3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej
4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej
5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

Skala Ashwortha

1° – brak wzmożonego napięcia mięśniowego
2° – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny
3° – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu
4° – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania
5° – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania

6. Zespoły pozapiramidowe:

a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie upośledzający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b) znacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę, niewymagający opieki osób trzecich	41–80
c) średniego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę	21–40
d) nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju	11–20
e) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–10

7. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:

a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	41–80
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11–40
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1–10

8. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:

a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	30–40
b) padaczka z napadami – powyżej 2 napady na miesiąc	20–30
c) padaczka z napadami – 2 i mniej napadów na miesiąc	10–20
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1–10

Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzające rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku z tego tytułu). Ocena częstości napadów po leczeniu. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg poz. 9.

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) – w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:

a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne utrudniające znacznie lub uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80–100
b) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50–80
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	25–50
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10–25

Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).

10. Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebresteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych:

a) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy – w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia)	1–5
b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	6–20

11. Zaburzenia mowy:

a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40–59

d) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20–39
e) afazja nieznaczного stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10–19
12. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym(moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	31–50
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20–30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, błoczkowy, odwodzący):	
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20–35
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	10–20
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5–10
d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1–10
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1–10
b) ruchowe	1–10
c) czuciowo-ruchowe	3–20
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3–19
c) izolowane uszkodzenie centralne	2–10
Uwaga: Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego, współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu, oceniać wg poz. 5 lub 9.	
16. Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	5–10
b) średniego stopnia	10–25
c) dużego stopnia	25–50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3–15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5–20
Uwaga: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg poz. 9.	

B. USZKODZENIA TWARZY

19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni) blizny, bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1–10
b) oszpecenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	5–25
c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (sumując ocenę za oszpecenie z oceną poszczególnych zaburzeń funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	26–60
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
20. Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich):	
a) widoczne, szpecące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcji, bez zaburzeń oddychania i powonienia – w zależności od rozległości uszkodzenia	1–5
b) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcji – w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	6–15
c) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, utrzymujące się po korekcji – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10–20
d) zaburzenia lub utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	2–5
e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	20–30
Uwaga: Jeżeli zniekształceniu nosa towarzyszą blizny nosa, oceniać łącznie wg poz. 20. Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, należy stosować ocenę wg poz. 19.	
21. Utrata zębów:	
a) stałe siekacze i kły – za każdy ząb:	
– utrata częściowa korony (poniżej ½ korony)	0,5
– utrata całkowita korony z zachowaniem korzenia (co najmniej ½ korony)	1
– całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	2
b) pozostałe zęby – za każdy ząb:	
– utrata korony (co najmniej ½ korony)	0,5
– całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	1

22. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej – w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia:

a) nieznacznego stopnia	1–5
b) znacznego stopnia	6–10

Uwaga: W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku należy oceniać dodatkowo wg poz. 27b, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku – wg tabeli 27a. W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu. Jeżeli uszkodzeniu kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie, oceniać jedynie wg poz. 19. W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z poz. 24.

23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:

a) częściowa	10–35
b) całkowita	40–50

24. Złamania żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:

a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1–5
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6–10

25. Ubytek podniebienia

a) z zaburzeniami mowy i polykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10–25
b) z dużymi zaburzeniami mowy i polykania – w zależności od stopnia zaburzeń	26–40

26. Ubytki i urazy języka – w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w polykaniu:

a) ubytki języka, w zależności od wielkości uszkodzeń – ubytki niewielkiego stopnia bez istotnych zaburzeń mowy	1–3
b) ubytki języka – ubytki i zniekształcenia średniego stopnia upośledzające odżywianie i mowę w stopniu nieznacznie utrudniającym porozumiewanie się – w zależności od stopnia	4–15
c) duże ubytki języka i znaczne zniekształcenia upośledzające odżywianie i mowę w stopniu umiarkowanie i znacznie utrudniającym porozumiewanie się – w zależności od stopnia	16–40
d) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

27. Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu:

a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu trwały uszczerbek lub poważny trwały uszczerbek ocenia się wg poniższej tabeli:

Tabela 27a

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku										
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

b) utrwalone dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1–10
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	40

Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po optymalnej korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. Wartość trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku w poz. 27c obejmuje oszpecenie związane z wyluszczeniem gałki ocznej.

28. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:

a) jednego oka	15
b) obu oczu	30

29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:

- a) z zaburzeniami ostrości wzroku – ocena wg tabeli 27a
- b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia 1–5

30. Uszkodzenie gałki ocznej – wskutek urazów drążących:

- a) z zaburzeniami ostrości wzroku – ocena wg tabeli 27a
- b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia 1–5

31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:

- a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku – ocena wg tabeli 27a
- b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia 1–5

32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia oceniać wg poniższej tabeli 32:

Tabela 32

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60°	0	0	20–35%
50°	1–5%	10–15%	35–45%
40°	5–10%	15–25%	45–55%
30°	10–15%	25–50%	55–70%
20°	15–20%	50–80%	70–85%
10°	20–25%	80–90%	85–95%
poniżej 10°	25–35%	90–95%	95–100%

33. Połowicze i inne niedowidzenia:

- a) dwuskroniowe 60
- b) dwunosowe 30
- c) jednoimienne 30
- d) inne ubytki pola widzenia (jednocyfrowe) 1–15

34. Bezsoczewkowość pourazowa bez współlistnienia zaburzeń ostrości wzroku po optymalnej korekcji:

- a) w jednym oku 15
- b) w obu oczach 30

Uwaga: W przypadku gdy współlistniają niedające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo wg tabeli 27a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% za oba oczy.

35. Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współlistnieniu niepodających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:

- a) w jednym oku – ocena wg tabeli 27a w granicach 15–35
- b) w obu oczach – ocena wg tabeli 27a w granicach 30–100

36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie), po korekcji operacyjnej – w zależności od stopnia i natężenia objawów:

- a) w jednym oku 5–10
- b) w obu oczach 10–15

37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka (pourazowe) – ocena wg tabeli 27a i 32 i/lub poz. 33d nie mniej niż 3

Uwaga: Odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.

38. Jaskra – wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy – ocena wg tabeli ostrości wzroku 27a oraz tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia 32, z zastrzeżeniem że ogólny procent trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oba oczy nie mniej niż 3

39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia 35–100

40. Zaćma pourazowa – oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a), po zakończonym leczeniu i optymalnej korekcji

41. Przewlekłe zapalenie spojówek w związku z urazem oka:

- a) niewielkie zmiany 1–5
- b) duże zmiany, blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek 6–10

Uwaga: Suma orzeczonego trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obu oczach (100%). Jeżeli uraz powiek lub tkanek oczodołu wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy, oceniać wg poz. 19 lub 22, uzupełniając ocenę o poz. 27a.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

42. Upośledzenie ostrości słuchu

a) przy upośledzeniu ostrości słuchu trwały uszczerbek lub poważny trwały uszczerbek ocenia się wg niżej podanej tabeli:

Tabela 42a – Obliczanie procentowego trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w module)

Ucho prawe	0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku			
0–25 dB	0	5%	10%	20%
26–40 dB	5%	15%	20%	30%
41–70 dB	10%	20%	30%	40%
pow. 70 dB	20%	30%	40%	50%

Uwaga: Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego, biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów 500, 1000, 4000 Hz.

b) pourazowe szумы uszne – w zależności od stopnia nasilenia 1–5

Uwaga: Jeżeli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu, należy oceniać wyłącznie wg tabeli 42a, natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi, to oceniać wg poz. 48.

43. Urazy małżowiny usznej:

- | | |
|---|------|
| a) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny – w zależności od stopnia uszkodzeń | 1–10 |
| b) całkowita utrata jednej małżowiny | 15 |
| c) całkowita utrata obu małżowin | 30 |

44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu – ocena wg tabeli 42a

45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, w związku z urazem:

- | | |
|-----------------|----|
| a) jednostronne | 5 |
| b) obustronne | 10 |

46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe, powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:

- | | |
|-----------------|-------|
| a) jednostronne | 5–15 |
| b) obustronne | 10–20 |

47. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, kości skroniowej – ocena wg tabeli 42a

48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:

- | | |
|--|-------|
| a) z uszkodzeniem części słuchowej – ocena wg tabeli 42a | |
| b) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi) | 1–20 |
| c) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty) | 21–50 |
| d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia oceniać wg tabeli 42a, zwiększając stopień inwalidztwa wg poz. 48b lub 48c | |

49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

- | | |
|---|-------|
| a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia | 5–25 |
| b) dwustronne | 10–60 |

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZELŹYKU

50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji 5–10

51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:

- | | |
|---|-------|
| a) niewielka okresowa duszność, chryпка | 5–10 |
| b) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się – w zależności od nasilenia objawów | 11–30 |

52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:

- | | |
|---|-------|
| a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia | 30–59 |
| b) z bezgłosem | 60 |

53. Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła – w zależności od stopnia jej zwężenia:

- | | |
|--|-------|
| a) bez niewydolności oddechowej | 1–10 |
| b) duszność w trakcie wysiłku fizycznego | 11–20 |
| c) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi, wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza | 21–40 |
| d) duże zwężenie, utrzymujące się po korekcji, potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową | 41–60 |

54. Uszkodzenie przełyku:

a) z trwałym zwężeniem, bez zaburzeń w odżywianiu	1-5
b) z częściowymi trudnościami w odżywianiu, niewymagające zabiegów rekonstrukcyjnych – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	6-20
c) ze znacznymi zaburzeniami drożności, trudnościami w odżywianiu, wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych, – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	21-50
d) powikłania po uszkodzeniu przełyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespoleniach, stałe przetoki itp. – ocena wg poz. 54c, zwiększając stopień trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku w zależności od stopnia powikłań o	10-30

55. Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:

a) blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące, bez ograniczenia ruchomości szyi – w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości blizn	1-5
b) zmiany z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi małego i średniego stopnia – do 50% zakresu ruchomości	6-14
c) zmiany ze znacznym ograniczeniem ruchomości szyi – powyżej 50% zakresu ruchomości, z niesymetrycznym ustawieniem głowy	15-30
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2

Uwaga: Zakresy ruchomości kręgosłupa szyjnego: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°. Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać wg poz. 89.

E. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

56. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:

a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące, nieograniczające ruchomości klatki piersiowej	1-5
b) mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	6-10
c) średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	11-25
d) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26-40
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1

Uwaga: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po poz. 62.

57. Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn orzeczenie wg poz. 56):

a) blizny lub częściowa utrata brodawki – w zależności od rozległości blizn	1-5
b) znaczna lub całkowita utrata brodawki – do 50. roku życia	10-15
c) znaczna lub całkowita utrata brodawki – po 50. roku życia	5-10
d) częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata – w zależności od wielkości ubytku do 50. roku życia	5-15
e) częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata – w zależności od wielkości ubytku po 50. roku życia	1-10
f) znaczna lub całkowita utrata sutka – do 50. roku życia	15-20
g) znaczna lub całkowita utrata sutka – po 50. roku życia	11-15
h) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego – oceniać wg powyższych punktów, dodając w zależności od stopnia deformacji, dysfunkcji klatki piersiowej i kończyny górnej	1-10

58. Złamania (co najmniej dwóch) żeber:

a) z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	1-5
b) z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	6-10
c) ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	11-25
d) ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26-40

Uwaga: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.

59. Złamanie mostka:

a) bez zniekształceń, z potwierdzonym przewlekłym zespołem bólowym	1-3
b) ze wzrostem w przemieszczeniu – w zależności od stopnia zniekształceń i dolegliwości	3-10

60. Złamania żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się wg poz. 58-59, zwiększając stopień trwałego uszczerbku lub poważnego uszczerbku w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o

1-15

61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):

a) uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	1-5
b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	5-10
c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	10-25
d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	25-40

62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – oceniać wg poz. 61, zwiększając stopień trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku w zależności od stopnia powikłań o 10–20

Uwaga: Przy ocenie wg punktów 56, 58, 60–62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/lub badaniem gazometrycznym. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwałe uszczerbki lub poważny trwały uszczerbek wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów (oprócz poz. 60 i 62).

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej

- niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70–80%, FEV1 70–80%, FEV1%VC 70–80%
– w odniesieniu do wartości należnych
- średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50–70%, FEV1 50–70%, FEV1%VC 50–70%
– w odniesieniu do wartości należnych
- znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV1%VC poniżej 50%
– w odniesieniu do wartości należnych

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:

- | | |
|---|-------|
| a) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości | 5 |
| b) I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości | 6–15 |
| c) II klasa NYHA, EF 45–55%, 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości | 16–25 |
| d) III klasa NYHA, EF 35–45%, 5–7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości | 26–55 |
| e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości | 56–90 |

Uwaga: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości.

Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja nowojorskiego towarzystwa kardiologicznego wyróżnia następujące stany czynnościowe serca

- Klasa I** Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.
- Klasa II** Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
- Klasa III** Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
- Klasa IV** Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

Definicja EF – frakcja wyrzutowa lewej komory

Frakcja wyrzutowa lewej komory – objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa wyraża zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca.

Definicja równoważnika metabolicznego MET, stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej

MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

64. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:

- | | |
|---|-------|
| a) bez zaburzeń funkcji po leczeniu operacyjnym – w zależności od rozległości uszkodzeń | 1–5 |
| b) zaburzenia niewielkiego stopnia | 6–10 |
| c) zaburzenia średniego stopnia | 11–20 |
| d) zaburzenia dużego stopnia | 21–40 |

F. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:

- | | |
|--|------|
| a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące | 1–5 |
| b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe, przepukliny pourazowe utrzymujące się po korekcji | 5–15 |
| c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała) | 1 |

Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp. oraz wszystkie, które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu, gwałtownym ruchu – nie są uznawane za pourazowe.

66. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:

- | | |
|---|-------|
| a) wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego | 1–5 |
| b) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania | 6–10 |
| c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania | 11–40 |
| d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – odżywianie jedynie pozajelitowe | 50 |

67. Trwale przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:	
a) jelita cienkiego	30–80
b) jelita grubego	20–60
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych) niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów – w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń	
	1–10
69. Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:	
a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1–5
b) powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościenne uszkodzenie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	1–5
b) wypadanie błony śluzowej	6–10
c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	11–30
71. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata u osób powyżej 18. roku życia	15
d) utrata u osób poniżej 18. roku życia	20
72. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a) bez zaburzeń funkcjonalnych, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	1–5
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	6–15
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	16–40
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki	41–60

Uwaga: Przetokę trzustkową oceniać wg ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg poz. 72b–d. Przetokę żółciową oceniać wg ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg poz. 72b–d. Zwężenia dróg żółciowych orzekać wg częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg poz. 72b–d.

Klasyfikacja Childa-Pugha – w odniesieniu do wartości należnych

Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
albumina (g/dl) w surowicy	>3,5	2,8–3,5	<2,8
bilirubina (μmol/l) w surowicy	<25	25–40	>40
czas protrombinowy (sekundy ponad normę)	<4	4–6	>6
wodobrzusze	brak	niewielkie	nasilone
nasilenie encefalopatii	brak	I–II°	III–IV°

stopień A – 5–6 pkt, stopień B – 7–9 pkt, stopień C – 10–15 pkt

G. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

73. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	5–25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	30
75. Utrata jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	35–75
76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła:	
a) niepowodujące zaburzeń funkcji	1–5
b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	6–20
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a) wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji	3–5
b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	6–15
c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	16–30
78. Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej utrzymujące się po leczeniu zabiegowym:	
a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10–25
b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	26–50

79. Zwężenia cewki moczowej:

a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5–15
b) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	16–40
c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	41–60

Uwaga: Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.

80. Utrata całkowita prącia 40

81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji 3–35

82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:

a) w wieku do 50. roku życia	2–20
b) w wieku po 50. roku życia	1–10

83. Utrata obu jąder lub obu jajników:

a) w wieku do 50. roku życia	40
b) w wieku po 50. roku życia	20

84. Pourazowy wodniak jądra:

a) wyleczony operacyjnie	2
b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	3–10

85. Utrata macicy:

a) w wieku do 50 lat	40
b) w wieku powyżej 50 lat	15

86. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:

a) rozległe blizny, ubytki, deformacje	1–5
b) wypadanie pochwy, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	5–10
c) wypadanie pochwy i macicy, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	30

H. OSTRE ZATRUCIA, NAGŁE DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH I BIOLOGICZNYCH

(orzeczenie stopnia inwalidztwa może nastąpić nie wcześniej niż po 6 miesiącach)

87. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami chemicznymi – uznane za nieszczęśliwy wypadek:

a) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim lub średnim, które nie są oceniane w odrębnych pozycjach odpowiednich dla danego narządu lub układu	1–15
b) z trwałym uszkodzeniem układu krwiotwórczego	10–25

Uwaga: Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać wg punktów odpowiednich dla danego narządu lub układu.

88. Inne następstwa zatruc oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem) w zależności od stopnia uszkodzenia powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim lub średnim 1–15

Uwaga: Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać wg punktów odpowiednich dla danego narządu lub układu. Jeśli potwierdzono, że do zatrucia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku – uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich tabel do poz. 27a, 32, 42. Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać wg pozycji odpowiednich dla danej okolicy ciała.

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

89. Uszkodzenie kostno-więzadłowe kręgosłupa szyjnego potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG czynnościowe, TK, RM):

a) z ograniczeniem ruchomości do 25%	1–6
b) z ograniczeniem ruchomości 26–50%	7–14
c) z ograniczeniem ruchomości 51–75%	15–20
d) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	21–29
e) zeszywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
f) zeszywnienie w niekorzystnym ustawieniu głowy	45
g) obniżenie wysokości trzonu o co najmniej 10% – ocena wg poz. 89a–f, dodając w zależności od stopnia zniekształcenia	2–10
h) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów i/lub rotację) – ocenia się wg poz. 89a–g, zwiększając stopień inwalidztwa o	1–8
i) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg poz. 89a–h, zwiększając stopień inwalidztwa o	5

Uwaga: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy lub uraz w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym („smagnięcia biczem”) orzekać wyłącznie wg pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%. Zakresy ruchomości: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°.

90. Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th10) potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG, TK, RM):

a) z ograniczeniem ruchomości do 50%	1-9
b) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10-19
c) zeszywnienie w pozycji fizjologicznej	20
d) zeszywnienie w ustawieniu niekorzystnym	25-30
e) obniżenie wysokości trzonu co najmniej o 10% – ocenia się wg poz. 90a-d, zwiększając stopień inwalidztwa w zależności od stopnia zniekształcenia o	1-5
f) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów i/lub rotacja) – ocenia się wg poz. 90a-e, zwiększając stopień inwalidztwa o	1-7
g) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg poz. 90a-f, zwiększając stopień inwalidztwa o	5

Uwaga: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy, orzekać wyłącznie wg pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 30%. Zakresy ruchomości: zgięcie 60°, rotacja po 30°, test Schobera 10-11 cm (od C7 do S1) z tego odcinek piersiowy 2-3 cm.

91. Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5) potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG, TK, RM):

a) z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-6
b) z ograniczeniem ruchomości 26-50%	7-14
c) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15-29
d) zeszywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
e) zeszywnienie w niekorzystnym ustawieniu tułowia	40
f) obniżenie wysokości trzonu co najmniej o 10% – ocenia się wg poz. 91a-e, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia zniekształcenia o	3-12
g) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów i/lub rotacja) – ocenia się wg poz. 91a-f zwiększając stopień inwalidztwa o	1-9
h) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg poz. 91a-g, zwiększając stopień inwalidztwa o	5

Uwaga: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy, orzekać wyłącznie wg pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa lędźwiowego nie może przekroczyć 40%. Kręgozmyk rzekomy (zwyrodnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku. Zakresy ruchomości: zgięcie 60°, wyprost 25°, pochylanie na boki po 25°, test Schobera 10-11 cm (od C7 do S1) z tego odcinek lędźwiowy 7-8 cm.

92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, kolczystych, ościstych – w zależności od ograniczenia ruchomości kręgosłupa ocenia się wg poz. 89-91

93. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:

a) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń	1-10
b) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów, zespół stożka końcowego oraz objawy piramidowe bez niedowładu – w zależności od stopnia zaburzeń	5-30
c) niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych (4° w skali Lovetta lub 2° wg skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (4° w skali Lovetta lub 2° wg skali Ashwortha) lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym z niedowładem kończyny dolnej (3-4° w skali Lovetta lub 3-2° wg skali Ashwortha)	5-30
d) średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych (3° w skali Lovetta lub 3° wg skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (3° w skali Lovetta lub 3° wg skali Ashwortha), lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym z niedowładem kończyny dolnej (0-2° w skali Lovetta lub 5-4° wg skali Ashwortha)	31-60
e) głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych (2° w skali Lovetta lub 4° wg skali Ashwortha), niedowład czterokończynowy (3° w skali Lovetta lub 3° wg skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia z niedowładem kończyn (2° w skali Lovetta lub 4° wg skali Ashwortha)	61-90
f) porażenie kończyn górnych i/lub dolnych (0-1° w skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha), głęboki niedowład czterokończynowy (2° w skali Lovetta lub 4° wg skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia z porażeniem kończyn (0-1° w skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	100

94. Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:

a) szyjne bólowe	1-4
b) szyjne bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5-15
c) szyjne z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5-30
d) piersiowe	1-10
e) lędźwiowo-krzyżowe bólowe	1-4
f) lędźwiowo-krzyżowe bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5-15
g) lędźwiowo-krzyżowe z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5-30
h) guziczne	1-5

Uwaga: Zaburzenia stwierdzone w poz. 94a-h muszą mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z diagnostyki i leczenia następstw zdarzenia. Zespół bólowy po urazie w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym („smagnięcia biczem”) – orzekać wg poz. 94a lub 94b.

J. USZKODZENIA MIEDNICY

95. Utrwalone rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:

a) utrwalone rozejście spojenia łonowego, bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu	1–4
b) utrwalone rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu	5–15
c) utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego niewielkiego stopnia, niewymagające leczenia operacyjnego, w zależności od stopnia zaburzeń chodu	2–9
d) utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego znacznego stopnia, leczone operacyjnie – w zależności od stopnia zaburzeń chodu	10–30

Uwaga: Jeżeli rozejściu spojenia łonowego towarzyszy złamanie kości miednicy, oceniać wg poz. 96 lub 98.

96. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:

a) w odcinku przednim jednostronnie (kość łonowa, kość łonowa i kulszowa)	1–10
b) w odcinku przednim obustronnie	5–15
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	10–30
d) w odcinku przednim i tylnym obustronnie	20–40

Uwaga: Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne – oceniać wg poz. 98.

97. Złamanie panewki stawu biodrowego, z centralnym lub bez centralnego zwichnięcia stawu – w zależności od upośledzenia funkcji stawu oceniać wg poz. 143

Uwaga: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem – oceniać wg poz. 145.

98. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:

a) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	1–3
b) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – ze zniekształceniem i zaburzeniami funkcji	4–8
c) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	2–7
d) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	5–15

Uwaga: Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

ŁOPATKA	Prawa (dominująca)	Lewa
99. Złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny	1–5	1–3
b) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i niewielkim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości do 30%	6–12	4–9
c) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	13–20	10–15
d) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	21–40	16–30
Uwaga: Normy pozycji 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.		
OBOJCZYK	Prawy (dominujący)	Lewy
100. Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości:		
a) niewielkiego stopnia deformacja z ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego do 20%	1–8	1–6
b) deformacja z wyraźnym ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego powyżej 20%	9–20	7–15
101. Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:		
a) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym do 20%	10–14	8–12
b) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym powyżej 20%	15–25	13–20
Uwaga: W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z poz. 101.		
102. Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:		
a) brak lub niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I°)	1–5	1–3
b) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości do 20% (II°, II°/III°)	6–10	4–8
c) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II°/III°, III°)	11–25	9–20
Uwaga: W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo wg pozycji 181.		
103. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości – ocenia się wg poz. 100–102, zwiększając stopień trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku o		
	5	5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY		Prawy (dominujący)	Lewy
104. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku – w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.:			
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%		1–11	1–7
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%		12–19	8–14
c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%		20–35	15–30
Uwaga: Uszkodzenie stawu ramiennie-łopatkowego wygojone protezą, należy oceniać wg poz. 104, nie mniej niż 10%.			
105. Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego – w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny		20–35	15–30
106. Nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną		5–25	5–20
Uwaga: Kolejnych epizodów nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku, lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego. Przy orzekaniu wg poz. 106 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną – w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego. Konieczna analiza dokumentacji medycznej i wypadkowej wraz z analizą mechanizmu urazu celem identyfikacji przedmiotowego zdarzenia jako nieszczęśliwego wypadku.			
107. Staw wiotki, cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji		25–40	20–35
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażen – ocenia się wg norm neurologicznych.			
108. Zesztywnienie stawu barkowego (całkowity brak ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym):			
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji		20–35	15–30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym		40	35
109. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu orzekać wg poz. 104 lub 108			
110. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp. – ocenia się wg poz. 104–109, zwiększając stopień trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku o		5	5
Uwaga: W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń barku oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo wg pozycji 181.			
111. Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym		70	65
112. Utrata kończyny wraz z łopatką		75	70
Zakresy ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego			
zgięcie 0–180°, wyprost 0–60°, odwodzenie 0–90°, unoszenie 90–180° (niekiedy odwodzenie i unoszenie określane jest jednym terminem – odwodzenie, i wtedy zakres ruchu wynosi 0–180°), przywodzenie 0–50°, rotacja zewnętrzna 0–70°, rotacja wewnętrzna 0–100° (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20–40° zgięcia, 20–50° odwiedzenia i 30–50° rotacji wewnętrznej)			
RAMIĘ		Prawe (dominujące)	Lewe
113. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie ramiennie-łopatkowym i łokciowym:			
a) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub łokciowym do 30%		1–15	1–10
b) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub łokciowym powyżej 30%		16–30	11–25
c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, brakiem zrostu, stawem rzekomym itp. – ocenia się wg poz. 113a lub b, zwiększając stopień inwalidztwa w zależności od zaburzeń funkcji o		5–15	5–15
114. Uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:			
a) zmiany niewielkie		1–5	1–4
b) zmiany średnie		6–12	5–9
c) zmiany duże		13–20	10–15
Uwaga: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać wg poz. 113.			
115. Utrata kończyny w obrębie ramienia:			
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej		70	65
b) przy dłuższych kikutach		65	60
116. Trwałe przepukliny mięśniowe ramienia oceniać wg poz. 114a			
STAW ŁOKCIOWY		Prawy (dominujący)	Lewy
117. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) – w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych:			
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%		1–5	1–4
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%		6–15	5–10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%		16–30	11–25
118. Zesztywnienie stawu łokciowego:			
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia		25	20

	Procent trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku	
	Prawy (dominujący)	Lewy
b) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i w zależności od ograniczenia zakresu ruchów obrotowych przedramienia	26–30	21–25
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (do 20°)	45	40
d) w innych niekorzystnych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30–45	25–40
119. Uszkodzenia łokcia – zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1–5	1–4
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	6–15	5–10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16–30	11–25
Uwaga: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać wg poz. 117.		
120. Cepowy staw łokciowy, utrwalony mimo leczenia – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15–30	10–25
121. Uszkodzenia stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami itp. – ocenia się wg pozycji 117–120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku na zdrowiu o	5	5
Uwaga: Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego 0°, pełne zgięcie 140°, supinacja i pronacja 0–80° (pozycja funkcjonalna – 80° zgięcia)		
PRZEDRAMIĘ	Prawe (dominujące)	Lewe
122. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji:		
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1–6	1–5
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	7–15	6–10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16–25	11–20
d) usztywnienie przegubu dłoni w położeniu korzystnym (wyprost i pronacja)	15–20	10–15
e) usztywnienie przegubu dłoni w położeniu niekorzystnym	20–30	15–25
123. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) niewielkie zmiany	1–6	1–5
b) średnie zmiany	7–15	6–10
c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	16–30	11–25
124. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	6–10	5–8
c) znaczne zmiany	11–20	9–15
Uwaga: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać wg poz. 122, 123, 125, 126.		
125. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a) średniego stopnia	10–20	10–15
b) dużego stopnia	21–35	16–30
Uwaga: W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym orzekać wyłącznie z poz. 125.		
126. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych:		
a) średniego stopnia	10–25	10–20
b) dużego stopnia	26–40	21–35
Uwaga: W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym orzekać wyłącznie z poz. 126.		
127. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, ubytkiem tkanki kostnej – ocenia się wg poz. 122–126, zwiększając stopień trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku o	5	5
128. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oproteżowania	55–60	50–55
129. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	55	50
Zakresy ruchomości przedramienia		
nawracanie 0–80°, odwracanie 0–80° (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20° nawrócenia)		
NADGARSTEK	Prawy (dominujący)	Lewy
130. Uszkodzenia nadgarstka: skręcenia, zwichnięcia, złamania – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1–6	1–5
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	7–15	6–10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16–25	11–20
131. Całkowite zeszczywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	15–20	10–15
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	21–30	16–25

132. Uszkodzenie nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami – ocenia się wg poz. 130–131, zwiększając stopień trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku o	5	5
133. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50

Zakresy ruchomości nadgarstka

zgięcie dłoniowe 60° (czynne), 80° (bierne); zgięcie grzbietowe 60° (czynne), 80° (bierne); odchylenie promieniowe 20°, odchylenie łokciowe 30°, (pozycja funkcjonalna – od 10° zgięcia dłoniowego do 10° zgięcia grzbietowego i od 0° do 10° odchylenia łokciowego).

ŚRÓDRĘCZE

Prawe Lewe

134. Uszkodzenie śródręcza: kości, części miękkich – w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych:		
a) I kość śródręcza (w zależności od funkcji kciuka):		
– z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30%	1–6	1–5
– z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	7–12	6–9
– z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	13–20	10–15
b) II kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca wskazującego):		
– z ograniczeniem ruchomości do 30%	1–5	1–3
– z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	6–9	4–6
– z ograniczeniem powyżej 60%	10–15	7–10
c) III kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych):		
– z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20–50%	1–2	1
– z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3–5	2–4
d) IV, V kość śródręcza (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) – ocena osobna dla każdej kości śródręcza:		
– z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20–50%	1–2	1
– z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3–4	2

KCIUK

Prawy (dominujący) Lewy

135. Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki	1–4	1–2
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego – w zależności od zmian wtórnych	5–10	3–6
c) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do 2/3 długości paliczka podstawnego) – w zależności od zmian wtórnych	11–15	7–10
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	16–20	11–15
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	20–25	15–20
136. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) – w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25%	1–5	1–3
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26–50%	6–10	4–8
c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51–75%	11–15	9–12
d) bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75%	16–20	13–15
e) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z pierwszą kością śródręcza	20–25	15–20

Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka bierze się pod uwagę przede wszystkim zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu.

Zakresy ruchomości kciuka

staw śródręczno-paliczkowy 0–60° (pozycja funkcjonalna – 20° zgięcia)

staw międzypaliczkowy 0–80° (pozycja funkcjonalna – 20° zgięcia)

odwodzenie 0–50°

przywodzenie – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka a kresą zgięciową stawu śródręczno-paliczkowego palca V – pełny zakres ruchu – 0 cm, brak ruchu – 8 cm

opozycja (przeciwstawianie) – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka a kresą zgięciową stawów śródręczno-paliczkowych na wysokości III stawu śródręczno-paliczkowego – pełny zakres ruchu – 8 cm, brak ruchu – 0 cm

PALEC WSKAZUJĄCY

Prawy (dominujący) Lewy

137. Utrata w obrębie wskaźciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaźciela, upośledzenia funkcji ręki:		
a) utrata częściowa opuszki	1–2	1
b) utrata paliczka paznokciowego	3–5	2–3
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	6–9	4–7
d) utrata paliczka środkowego	10	8

	Procent trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku	
	Prawy (dominujący)	Lewy
e) utrata trzech paliczków	15	10
f) utrata wskaziciela z kością śródreżca	15–20	10–15
138. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwknięcia, uszkodzenia części miękkich) – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – w zależności od stopnia:		
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1–3	1–2
b) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–40%	4–6	3–4
c) zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41–70%	7–11	5–7
d) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70%	12–15	8–10
e) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z kością śródreżca	15–20	10–15
PALCE TRZECI, CZWARTY I PIĄTY	Prawy (dominujący)	Lewy
139. Palce III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:		
a) palec III – utrata paliczka paznokciowego	3	2
b) palec III – utrata dwóch paliczków	7	5
c) palec III – utrata trzech paliczków	10	8
d) palce IV i V – utrata paliczka paznokciowego	2	1
e) palce IV i V – utrata dwóch paliczków	4	2
f) palce IV i V – utrata trzech paliczków	7	3
140. Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca:		
a) palec III	10–12	8–10
b) palce IV i V	7–9	3–5
c) utraty mnogie:		
– jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego	35	25
– całkowita strata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
– całkowita strata dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący	12	8
– całkowita strata trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący	20	15
– całkowita strata czterech palców łącznie z kciukiem	45	40
– całkowita strata czterech palców innych niż kciuk	40	35
141. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwknięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia:		
a) palec III:		
– ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1–2	1–2
– ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3–5	3–4
– ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1–5	1–4
– ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	6–10	5–8
b) palce IV i V:		
– ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1–2	1
– ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3–4	2
– ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1–4	1–2
– ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	5–8	3–4
Uwaga: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa ręki nie może przekroczyć: 55% – prawej i 50% – lewej. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż łączna całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Niektóre przykłady podano powyżej w poz. 140c.		
Zakresy ruchomości – palce II–V:		
staw śródreżczno-palczkowy 0–90° (pozycja funkcjonalna – 30° zgięcia)		
staw międzypalczkowy bliższy 0–100° (pozycja funkcjonalna – 40° zgięcia)		
staw międzypalczkowy dalszy 0–70° (pozycja funkcjonalna – 20° zgięcia)		

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

Procent trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku

STAW BIODROWY

142. Utrata kończyny dolnej:

a) przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	70
b) odjęcie powyżej ½ uda	60

143. Uszkodzenia stawu biodrowego – zwknięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego – w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych:

a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2–12
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	13–24

c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	25–40
144. Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	30–35
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	36–45
145. Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami itp. – ocenia się wg poz. 143, zwiększając stopień inwalidztwa o	5
146. Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego, w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu:	
a) bez ograniczeń funkcji	15
b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	16–25
c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	26–45
Uwaga: Należy zwracać uwagę na zgłaszane jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych ocenę inwalidztwa ogranicza się wyłącznie do spowodowanego przedmiotowym nieszczęśliwym wypadkiem. W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń biodra oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniamy jedynie wg pozycji 181. W przypadku nienakładania się deficytów oceniamy dodatkowo wg pozycji 181.	
Zakresy ruchomości stawu biodrowego	
zgięcie 0–120°, wyprost 0–20°, odwodzenie 0–50°, przywodzenie 0–40°, rotacja (obracanie) na zewnątrz 0–45°, rotacja do wewnątrz 0–50°	
UDO	
147. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:	
a) skrócenie w zakresie 1–3 cm bez zmian wtórnych	5–10
b) skrócenie w zakresie 3,1–5 cm bez zmian wtórnych	11–20
c) skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	21–30
d) niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm	10–15
e) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1–5 cm, upośledzenie chodu w stopniu średnim	16–29
f) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu znacznym	30–40
148. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny, – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia, zmian zapalnych i zaburzeń wtórnych	0–60
149. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od zaburzeń funkcji kończyny:	
a) niewielkiego stopnia	1–5
b) średniego stopnia	6–10
c) znacznego stopnia	11–20
Uwaga: Według tej pozycji oceniamy jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniamy wg poz. 147.	
150. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia zaburzeń ukrwienia kończyny i powikłań	5–30
151. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, skostnieniem pozaszkieletowym – ocenia się wg poz. 147, zwiększając stopień trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku w zależności od rozmiarów powikłań o	5
152. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego – ocenia się wg poz. 147–150, zwiększając stopień trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o	10–60
Uwaga: Łączny stopień trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku ocenianego wg poz. 147–152 i poz. 153 nie może przekroczyć 60%.	
153. Utrata kończyny – w zależności od długości kikutu i jego przydatności do oprotezowania	55–60
KOLANO	
154. Złamania kości tworzących staw kolanowy – w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych; dodatkowo ocenia się wg poz. 155, 156:	
a) utrata ruchomości w zakresie 0–40°, za każde 2° ubytku ruchu	1
b) utrata ruchomości w zakresie 41–90°, za każde 5°	1
c) utrata ruchomości w zakresie 91–120°, za każde 10° ubytku ruchu	1
d) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie korzystnej (0–15°)	25
e) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie niekorzystnej	35
155. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego – w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny; dodatkowo ocenia się wg poz. 154:	
a) niestabilność jednopłaszczyznowa I°, z niewielkimi zmianami wtórnymi (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	1–5
b) niestabilność jednopłaszczyznowa II°, dwupłaszczyznowa I° – w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	6–12
c) niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa II° – w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	13–19

d) niestabilność dwupłaszczyznowa III° – w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	20–25
e) pełna niestabilność wielopłaszczyznowa – w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	26–35
156. Inne następstwa urazów stawu kolanowego (zaburzenia osi stawu, przewlekłe wysiękowe zapalenia, przewlekłe dolegliwości bólowe, chondromalacja, niestabilności rzepki, złamania rzepki, uszkodzenia łąkotek – w zależności od funkcji stawu kolanowego oraz stopnia nasilenia istniejących dolegliwości, ocenia się wg poz. 154 i/lub 155 zwiększając stopień inwalidztwa o	1–10
Uwaga: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa stawu kolanowego nie może przekroczyć 40%. Patrz analogiczna uwaga do poz. 106. Należy zwracać uwagę na mechanizm urazu, obrażenia (rozerwanie torebki stawowej i krwiak śródstawowy), sposób leczenia (unieruchomienie w opatrunku gipsowym lub nie), a także współistnienie predyspozycji pod postacią zmian anatomicznych lub chorób. Analiza powinna być oparta o pełną dokumentację medyczną.	
157. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
Uwaga: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia.	
PODUDZIE	
158. Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych:	
a) skrócenie w zakresie 1–3 cm bez zmian wtórnych	3–10
b) skrócenie w zakresie 3,1–5 cm bez zmian wtórnych	11–20
c) skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	21–30
d) niewielkie zmiany ze skróceniem w zakresie 0–3 cm	5–15
e) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1–5 cm	16–29
f) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm	30–40
159. Izolowane złamanie strzałki – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny	1–3
160. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1–5
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	6–10
c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11–20
161. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oproteżowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	45–50
Uwaga: W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń podudzia oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg poz. 181. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo wg poz. 181.	
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
162. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego (skręcenia, zwichnięcia, złamania itp.) – w zależności od zniekształceń oraz ograniczenia ruchomości i utrzymujących się dolegliwości:	
a) niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1–4
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	5–10
c) dużego stopnia z ograniczeniem powyżej 50%	11–20
d) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami oraz innymi zmianami wtórnymi – zwiększyć ocenę inwalidztwa o	5
163. Zesztywnienie stawu skokowo-goleniowego – w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego $\pm 5^\circ$	20
b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych – w zależności od ustawienia	21–30
c) w ustawieniach niekorzystnych z przetokami, zapaleniem kości itp. – zwiększyć ocenę inwalidztwa o	5
164. Złamania kości skokowej lub piętowej – w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1–4
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	5–10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11–20
165. Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:	
a) częściowa utrata	20–30
b) całkowita utrata	30–40
166. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi:	
a) zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1–4
b) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	5–10
c) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11–20
167. Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych:	
a) I lub V kości śródstopia:	

– niewielkie zmiany bez zniekształceń	1–4
– znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczenie ruchomości stopy	5–10
b) II, III lub IV kości śródstopia:	
– niewielkie zmiany	1–3
– znaczne zmiany ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości stopy	4–7
c) złamania trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	3–15
168. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi – ocenia się wg poz. 167, zwiększając stopień inwalidztwa o	5
169. Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia (skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia mięśni, ścięgien) – w zależności od zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
a) zmiany niewielkie	1–4
b) zmiany średnie	5–10
c) zmiany duże	11–15
170. Utrata stopy w całości	45
171. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
172. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
173. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej – w zależności od rozległości utraty przodostopia i jakości kikuta	20–30
Zakresy ruchomości stawu skokowego	
zgięcie grzbietowe 0–20°, zgięcie podszwowe od 0 do 40–50°, nawracanie 0–10°, odwracanie 0–40°, przywodzenie 0–10°, odwodzenie 0–10°	
Uwaga: W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stopy oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg poz. 181. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo wg poz. 181.	
PALCE STOPY	
174. Uszkodzenie palucha – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu i innych zmian wtórnych:	
a) ubytki opuszki lub częściowa utrata paliczka paznokciowego palucha	1–3
b) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
c) utrata całego palucha	8
175. Inne uszkodzenia palucha – w zależności od rozległości zmian i ograniczenia ruchomości:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1–2
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	3–4
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	5–7
176. Utrata palucha:	
a) wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	9–12
b) wraz z co najmniej trzema innymi palcami stopy	15
c) wraz ze wszystkim innymi palcami stopy	20
177. Uszkodzenia, ubytki w zakresie palców II, III, IV, V:	
a) częściowa utrata	1
b) całkowita utrata	2
c) całkowita strata czterech palców stóp	10
d) znaczne zmiany, duże ograniczenie ruchomości palca	1–2
178. Utrata palca V z kością śródstopia	3–8
179. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych	3–5
180. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców orzekać łącznie	1–5
Zakresy ruchomości palców stopy	
zgięcie 0–40° (czynne), 0–60° (bierne); wyprost 0–45° (czynne), 0–80° (bierne)	
Uwaga: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie. Wartość trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.	

M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

	Prawa (dominująca)	Lewa
181. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5–15	5–15
b) nerwu piersiowego długiego	5–15	5–10

	Procent trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku	
	Prawy (dominujący)	Lewy
c) nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
d) nerwu mięśniowo-skórnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–20	2–15
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–35	2–30
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–30	2–20
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–15	1–10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–35	2–25
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–20	2–15
k) nerwu łokciowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–25	1–20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10–25	5–20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	10–45	5–40
	Procent trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku	
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego		1–15
o) nerwu zasłonowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu		1–15
p) nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu		1–30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)		1–20
r) nerwu sromowego wspólnego		2–20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy		5–60
t) nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu		3–30
u) nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu		2–20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego		15–60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego		1–10
Uwaga: Wskazana ocena kliniczna i ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (EMG).		
182. Kausalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia		10–40
Uwaga: W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.		

UWAGI OGÓLNE

Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części), a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia.

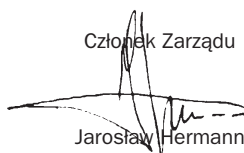
Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie.

Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy – oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.

Przy bliznach po oparzeniach skóry powyżej stopnia IIA zalecana jest dodatkowa ocena z tytułu utraty funkcji skóry: na twarzy – za 1% TBSA – 5% trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku, na szyi – za 1% TBSA – 2% trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku, na kończynach – za 1% TBSA – 1% trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku, na rękach – za 1% TBSA – 4% trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku, na tułowiu – za 3% TBSA – 1% trwałego uszczerbku lub poważnego trwałego uszczerbku.

Niniejsza Tabela uszczerbków została zatwierdzona uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/21/07/2016 z dnia 21 lipca 2016 r.

Członek Zarządu



Jarosław Hermann

Członek Zarządu



Janusz Arczewski