

Checkliste NIHSS

KATEGORIE	STROKE SCALA				SCORE
Bewusstseinszustand	<input type="checkbox"/> wach 0	<input type="checkbox"/> somnolent 1	<input type="checkbox"/> soporös 2	<input type="checkbox"/> komatös 3	
Frage zu Monat, Alter des Patienten	<input type="checkbox"/> richtig 0	<input type="checkbox"/> teilw. richtig 1	<input type="checkbox"/> falsch 2		
Aufforderungsbefolgen Augen schließen/öffnen Faust schließen/öffnen	<input type="checkbox"/> richtig 0	<input type="checkbox"/> teilw. richtig 1	<input type="checkbox"/> falsch 2		
Blickfolgebewegungen Blick folgt Finger des Untersuchers	<input type="checkbox"/> normal 0	<input type="checkbox"/> inkomplett 1	<input type="checkbox"/> Blickparese li/re 2		
Gesichtsfeldausfall	<input type="checkbox"/> normal 0	<input type="checkbox"/>  1	<input type="checkbox"/>  2	<input type="checkbox"/>  3	
Faziale Parese Augen zukneifen, Stirn runzeln, Zähne zeigen	<input type="checkbox"/> keine 0	<input type="checkbox"/> minimal 1	<input type="checkbox"/> zentral 2	<input type="checkbox"/> peripher 3	
Motorik Arm links Arm 90° anheben lass über 10 Sekunden halten lassen	<input type="checkbox"/> normal 0	<input type="checkbox"/> Pronation 1	<input type="checkbox"/> ↓ 2	<input type="checkbox"/> ↓↓ 3	<input type="checkbox"/> Plegie 4
Motorik Arm rechts Arm 90° anheben lass über 10 Sekunden halten lassen	<input type="checkbox"/> normal 0	<input type="checkbox"/> Pronation 1	<input type="checkbox"/> ↓ 2	<input type="checkbox"/> ↓↓ 3	<input type="checkbox"/> Plegie 4
Motorik Bein links Bein 45° anheben lass über 10 Sekunden halten lassen	<input type="checkbox"/> normal 0	<input type="checkbox"/> Pronation 1	<input type="checkbox"/> ↓ 2	<input type="checkbox"/> ↓↓ 3	<input type="checkbox"/> Plegie 4
Motorik Bein rechts Bein 45° anheben lass über 10 Sekunden halten lassen	<input type="checkbox"/> normal 0	<input type="checkbox"/> Pronation 1	<input type="checkbox"/> ↓ 2	<input type="checkbox"/> ↓↓ 3	<input type="checkbox"/> Plegie 4
Extremitätenataxie Finger-Nase-Versuch Knie-Hacke-Versuch	<input type="checkbox"/> keine 0	<input type="checkbox"/> in 1 Extremität 1	<input type="checkbox"/> in 2 Extremitäten 2		
Sensibilität Schmerzreiz in Körper und Gesicht links und rechts setzen	<input type="checkbox"/> normal 0	<input type="checkbox"/> Hypästhesie 1	<input type="checkbox"/> Anästhesie 2		
Aphasie Benennen, Nachsprechen, Lesen	<input type="checkbox"/> normal 0	<input type="checkbox"/> leicht 1	<input type="checkbox"/> schwer 2	<input type="checkbox"/> anarthrisch 3	
Dysarthrie Verwaschenes Sprechen?	<input type="checkbox"/> normal 0	<input type="checkbox"/> verwaschen 1	<input type="checkbox"/> unverständlich 2		
Nichtbeachtung (Neglect) Visuelle, taktile, auditive oder räumliche Unaufmerksamkeit?	<input type="checkbox"/> kein 0	<input type="checkbox"/> leicht 1	<input type="checkbox"/> schwer 2		
SUMME NIHSS					