

Protocolo AVC Isquêmico



FISIOTERAPIA HOSPITALAR
MÃE DE DEUS

1. Nome do paciente: _____

2. Data da Avaliação: ____/____/____

3. Idade: ____

4. Sexo: ☐ M ☐ F

5. Plano de tratamento

1. ☐ Clínico _____ 2. ☐ Pré-operatório _____ 3. ☐ Pós-operatório _____

6. Diagnóstico Topográfico

1. ☐ Hemiparesia _____ 3. ☐ Paraparesia 5. ☐ Quadriparesia 7. ☐ Outras _____
2. ☐ Hemiplegia _____ 4. ☐ Paraplegia 6. ☐ Quadriplegia

7. Lateralidade 1. ☐ D 2. ☐ E

8. História Funcional: 1. ☐ AVC Recorrente 2. ☐ 1º AVC

9. Estado Cognitivo

1. ☐ Alerta 5. ☐ Diminuição da percepção aos estímulos
2. ☐ Lúcido orientado 6. ☐ Desorientado
3. ☐ Confuso 7. ☐ Demência senil
4. ☐ Cooperativo 8. ☐ Não cooperativo

10. Distúrbios neurológicos associados

1. ☐ Disartria
2. ☐ Incapacidade de proteção VA
3. ☐ Afasia expressão
4. ☐ Afasia compreensão
5. ☐ Sem alterações

11. Escala de Rankin Modificada

0 - Assintomático

1 - Sintomas sem incapacidade. Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.

2 - Incapacidade leve. Incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda.

3 - Incapacidade moderada. Requer alguma ajuda para suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa.

4 - Incapacidade moderada a grave. Incapacidade de andar sem ajuda, incapacidade de realizar suas atividades sem ajuda.

5 - Incapacidade grave. Limitado a cama, incontinência, requer cuidados de enfermeiros e atenção constante.

6 - Óbito

12. Prognóstico de Melhora Funcional:

☐ ☐
1. Bom 2. Reservado

(Em caso de prognóstico reservado, prosseguir com a avaliação a partir de Sinais de Instabilidade do Ombro)

13. Espasticidade

1. ☐ Sim 2. ☐ Não

Escala de graduação da espasticidade

0 - Sem ressaltos

1 - Simples ressaltos

2 - Parada que cede logo

3 - Parada difícil de vencer

4 - Parada invencível

NA - Não se aplica

(Testar em velocidade lenta ou rápida)

Grupos Musculares Testados	
Peitoral	
Fl. de cotovelo	
Pronadores	
Fl. de punho	
Fl. de dedos	
*Ext. de joelho	
Plantiflexores	

*testado em velocidade média

14. Força Muscular:

14.1. ☐ Hemicorpo afetado

1. Preservada

14.2. ☐ Hemicorpo não-afetado

2. Alterada, grupo muscular: _____

3. Sem condições de teste

15. Índice de Barthel

1. Alimentação	10 – 5 – 0
2. Mover-se da cadeira de rodas p/cama (sentar-se) *	15 – 10 – 5 – 0
3. Toilete Pessoal	5 – 0
4. Locomoção até WC	10 – 5 – 0
5. Banhar-se	5 – 0
6. Locomoção em superfície nivelada	15 – 10 – 5 – 0
7. Propulsão em cadeira de rodas	5 – 0
8. Escadas	10 – 5 – 0
9. Vestir-se	10 – 5 – 0
10. Escore	

16. Sinais de Instabilidade do Ombro:

1. ☐ Sim 2. ☐ Não

17. Interrupção

1. ☐ Não 2. ☐ Sim (quantos dias) _____

18. Data de alta hospitalar: ____/____/____

Fisioterapeuta Avaliador: