

# MÉDICO AVC

## FORMULÁRIO DECISÃO CLÍNICA



MÉDICO AVC DECISÃO CLÍNICA

CRITÉRIOS EXCLUSÃO PARA rt-PA ENDOVENOSO

ESCALA NIHSS

# MÉDICO AVC

## DECISÃO CLÍNICA

NOME DO DOENTE:

Decisão terapêutica

### 1. Diagnóstico

Informação clínica:

Observações Imagem TC:

Artéria hiperdensa

☐

Sim

☐

Não

Lado

% de região ACM danificada

☐

<1/3

☐

>1/3

Avaliação ASPECTS

AngioTC

### 2. Hemorragia/Sem hemorragia

Evidência de hemorragia na TC

☐

Sim

☐

Não

### 3. Gravidade

Avaliação NIHSS

Escala Coma Glasgow

mRS pré-AVC



## MÉDICO AVC DECISÃO CLÍNICA

### 4. Contraindicações

Problemas	Consideração	Contraindicação?	
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Última vez visto normal		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Pressão arterial		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Glucose		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
INR		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

### 5. Prioridades terapêuticas

Fase hiperaguda (0-1 h)	Fase aguda (1-24 h)	Fase pós-aguda (24-72 h)

### Decisão terapêutica

<input type="checkbox"/> rt-PA	<input type="checkbox"/> Terapia geral	<input type="checkbox"/> AVC Hemorrágico
<input type="checkbox"/> Trombectomia	<input type="checkbox"/> AIT	<input type="checkbox"/> Mimeticador

### Razões para decisão terapêutica

---

---

## CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA rt-PA ENDOVENOSO

TODOS os pontos da *checklist* devem ser respondidos como NÃO para que os doentes possam ser considerados para rt-PA endovenoso. Se algum dos pontos for respondido como SIM, então o tratamento por rt-PA é contraindicado.

### Contraindicações para rt-PA

Contraindicações associadas com <b>elevado risco de hemorragia:</b>	Sim	Não
Diátese hemorragia conhecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doentes a tomar anticoagulantes orais, ex. varfarina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia recente ou grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
História conhecida ou suspeita de hemorragia intracraniana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspeita de hemorragia subaracnoidea ou condição de hemorragia subaracnoidea após aneurisma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualquer história de dano no sistema nervoso central (como, neoplasia, aneurisma, cirurgia intracraniana ou espinal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagem cardíaca traumática externa recente (menos de 10 dias), parto obstétrico, punção recente num vaso sanguíneo não-compressível (ex. subclávia ou jugular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensão grave e não controlada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocardite bacteriana, pericardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pancreatite aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença úlcera gastrointestinal documentada nos últimos 3 meses, varizes esofágicas, aneurisma arterial, malformações arteriais/venosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neoplasia com risco hemorrágico aumentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença grave de fígado, incluindo falha hepática, cirrose, hipertensão portal (varizes esofágicas) e hepatite activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia major ou trauma significativo nos últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evidência de hemorragia intracraniana na imagem de TC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintomas sugestivos de hemorragia subaracnoidea, mesmo que a TC se apresente normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração de heparina nas últimas 48 horas e o tempo de tromboplastina for acima do valor normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC prévio nos últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contagem das plaquetas abaixo de 100,000/mm <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS >185 ou PAD>110 mmHg, ou medicação IV agressiva necessária para reduzir PA para estes limites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Contraindicação baseada no <b>tempo:</b></b>		
Sintomas de AVC iniciados mais de 4.5 horas antes do início da infusão ou quando o tempo de instalação de sintomas é desconhecido e pode ser acima das 4.5 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Contraindicação baseada na <b>gravidade do AVC:</b></b>		
Déficite neurológico minor ou sintomas que reverteram antes de iniciar a infusão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC grave avaliado clinicamente (ex. NIHSS >25) e/ou por técnicas imagiológicas adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Contraindicação baseada na <b>idade:</b></b>		
Crianças abaixo dos 16 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Contraindicações adicionais:</b>		
Convulsões aquando do AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualquer história previa de AVC e diabetes concomitantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glucose <50 ou >400 mg/dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# AVALIAÇÃO RÁPIDA DE AVC

## Escala de Avaliação de AVC do NIHSS

### Versão curta<sup>1</sup>

Administre os itens da escala de AVC pela ordem listada. Registre o desempenho em cada categoria após o exame de cada subescala. Não volte atrás nem altere a pontuação. Siga as instruções fornecidas para cada técnica de exame. As pontuações devem refletir o que o doente faz, não o que o médico acha que o doente pode fazer. O médico deve registrar as respostas enquanto estiver a efetuar o exame e trabalhar rapidamente. Salvo disposição em contrário, o doente não deve ser ajudado (i.e., repetir os pedidos ao doente para fazer um esforço especial).

		Pontuação		
		Admissão	72 horas	Alta
<b>1a Consciência</b>	0 = Acordado 1 = Sonolento 2 = Atordado 3 = Comatoso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>1b Orientação</b>	0 = Mês, idade correta à primeira tentativa 1 = Uma correta ou entubada, disartria grave ou linguagem arrastada 2 = Nenhuma correta, ou afásico ou comatoso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>1c Comandos sequenciais</b>	0 = Obedece a ambos corretamente 1 = Obedece a um 2 = Não obedece a nenhum comando, ou comatoso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>2 Olhar</b>	0 = Normal 1 = Paresia periférica parcial (N. III, IV, VI) ou desvio que consegue superar 2 = Desvio fixo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>3 Campo visual</b>	0 = Normal 1 = Quadrantanopia ou extinção 2 = Hemianopsia completa 3 = Cegueira	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>4 Movimento facial</b>	0 = Normal 1 = Ligeira paresia central, prega nasolabial achatada 2 = Paresia central evidente ou paralisia 3 = Paresia bilateral ou periférica ou coma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>5a Manter o braço esquerdo erguido</b>	0 = Braço erguido normalmente durante 10 segundos 1 = O braço desvia lentamente para baixo 2 = O braço desvia rapidamente para baixo 3 = O braço cai 4 = Sem movimento ou coma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>5b Manter o braço direito erguido</b>	0 = Braço erguido normalmente durante 10 segundos 1 = O braço desvia lentamente para baixo 2 = O braço desvia rapidamente para baixo 3 = O braço cai 4 = Sem movimento ou coma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



# AVALIAÇÃO RÁPIDA DE AVC – Escala de Avaliação de AVC do NIHSS (versão curta)

		Pontuação		
		Admissão	72 horas	Alta
<b>6a Manter a perna esquerda erguida</b>	0 = Perna erguida normalmente durante 5 segundos 1 = A perna desvia lentamente para baixo 2 = A perna desvia rapidamente para baixo 3 = A perna cai 4 = Sem movimento ou coma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>6b Manter a perna direita erguida</b>	0 = Perna erguida normalmente durante 5 segundos 1 = A perna desvia lentamente para baixo 2 = A perna desvia rapidamente para baixo 3 = A perna cai 4 = Sem movimento ou coma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>7 Ataxia</b>	0 = Sem ataxia, o doente não compreende, paralisia ou coma 1 = Ataxia em 1 membro 2 = Ataxia em 2 membros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>8 Sensibilidade</b>	0 = Normal 1 = Perda sensorial ligeira 2 = Perda sensorial total ou coma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>9 Linguagem</b>	0 = Normal 1 = Dificuldade em encontrar palavras, afasia ligeira 2 = Dificuldades evidentes de conversação 3 = Afasia total, o doente não fala ou comatoso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>10 Disartria</b>	0 = Sem disartria 1 = Disartria bem evidente 2 = Disartria dificilmente perceptível ou o doente não responde ou coma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>11 Extinção</b>	0 = Sem anormalidades 1 = Extinção de uma modalidade sensorial ou outros sinais de negligência 2 = Extinção de mais de uma modalidade sensorial ou coma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Total</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Médico do DE, nome	Número da equipa	Assinatura	Data Hora
--------------------	------------------	------------	--------------