

EQUIPA DE RESPOSTA DE EMERGÊNCIA

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA
DOENTES COM AVC



LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA DOENTES COM AVC

EQUIPA DE RESPOSTA DE EMERGÊNCIA

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA DOENTES COM AVC

NOME DO DOENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

Nº DE UTENTE:

Formulário de avaliação inicial

Hora do aparecimento do sintoma
(última hora em que se sabe que estava normal)³

Hora :

Rastreio de AVC¹

	Normal	Anormal
<input type="checkbox"/> Inclinação do rosto	Ambos os lados do rosto movem-se igualmente	Um dos lados do rosto não se move
<input type="checkbox"/> Desvio dos braços	Ambos os braços movem-se igualmente ou não se movem	Um braço desvia-se comparativamente ao outro
<input type="checkbox"/> Discurso	O doente utiliza palavras corretas sem nenhum arrasto	Palavras arrastadas ou inadequadas ou não fala

☐ Diagnosticada suspeita de AVC - **Transporte imediato** para **o hospital pronto para tratar AVC mais próximo**

Notificação prévia do hospital de doente a caminho

- ☐ Alerta a equipa de AVC
- ☐ Garanta acesso imediato à imagiologia à chegada (TAC ou RM)
- ☐ Alerta para a possível necessidade de terapia trombolítica

Vias aéreas, respiração, circulação (ABCs)³

- ☐ Eleve a parte superior do corpo em 30°
- ☐ Estabeleça acesso IV (de preferência 2 cânulas com diâmetro grande com conector para soro fisiológico) e inicie a perfusão de solução de soro fisiológico a 0,9%²
- ☐ Meça a saturação de oxigénio capilar e administre O2 se a saturação descer para um valor inferior a 95% (tenha cuidado em doentes com DPOC)^{2, 3}

Teste de glicemia

mg/dL

- ☐ Hipoglicemia: <50 mg/dl (<2,8 mmol/l) – bólus de dextrose ou perfusão de glicose IV 10-20%.²
- ☐ Hiperglicemia: >180 mg/dl (10 mmol/l) – utilize soro fisiológico IV e evite soluções de glicose. Consulte um médico quanto à necessidade de titulação da insulina.²

Pressão arterial

mm pt. ct.

- ☐ Hipotensão: TAS ≤120 mmHg (sem sinais de insuficiência cardíaca congestiva) – 500 ml de solução de eletrólitos ou NaCl 0,9% IV.²
- ☐ Hipertensão: TAS >220 mmHg; TAD >120 mmHg – É recomendada uma diminuição cautelosa da pressão arterial sob estreita supervisão médica. Evite nifedipina sublingual. Considere labetalol ou urapidil IV.²

História médica atual e recente

- ☐ Problemas de coagulação ou AVC recente
- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensão
- ☐ Fibrilhação auricular
- ☐ Cancro
- ☐ Trauma ou queda antes do aparecimento dos sintomas
- ☐ Procedimentos invasivos ou cirúrgicos recentes

Medicação atual (por favor, liste)

Especialmente anticoagulantes, inibidores de agregação plaquetária

Nível funcional e de independência antes do aparecimento dos sintomas

Desenvolvimento de sintomas

☐ Estável

☐ Instável

☐ Melhoria

☐ Agravamento

Médico do DE, nome	Número da equipa	Assinatura	Data
			Hora

Referências:
1. Acad Emerg Med. 1997 Oct;4(10):986-90. 2. Orientações da European Stroke Organisation (Organização Europeia de AVC) 2008. Cerebrovasc Dis 2008;25(5):457-507. 3. AHA/ASA Guideline. Stroke.2013;44:870-947

Estas listas de verificação são fornecidas a título de exemplo. Adapte-as aos seus regulamentos locais e às informações de prescrição antes de as utilizar.