Prefeitura Municipal de _____

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

samu@saude.pmrp.com.br

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

AVC Acidente Vascular Cerebral	DATA	HORA	NUMERO	EQUIPE
	/ /	____:____		

LOCAL

☐Via Pública ☐Residência ☐UBS/UBDS/UPA_____ ☐Outros_____ ☐Cidade_____

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: **IDADE:** ☐M ☐F

QUADRO CLÍNICO

☐ Fraqueza ou dormência súbitas em um lado do corpo.
☐ Confusão, dificuldade pra falar ou entender de início súbito.
☐ Dificuldade súbita para enxergar com um ou ambos os olhos.
☐ Dificuldade súbita para andar, tontura ou incoordenação de início súbito.
☐ Cefaléia intensa e súbita sem causa aparente.
☐ Outros sintomas neurológicos focais agudos sugestivos de AVC.

Início dos sintomas

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Acordou com sintomas ☐SIM ☐NÃO

Última vez em que foi visto sem sintomas:

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Parâmetros

PA_____X_____mmhg FC _____bpm
FR_____irm SPO2_____%
Glicemia _____mg/dl

Alertas de **possível exclusão** para **AVC HIPERAGUDO**:

☐ Glicemia < 50 mg/dL ☐ Paciente epiléptico ☐ Crise convulsiva ☐ Demência avançada
☐Previamente acamado ☐Inicio dos sintomas há mais de 6 horas

Contra-indicações para trombólise: (AVC de Janela)

☐Trauma craniano importante recente ☐Uso de Anticoagulante ☐ Cirurgia extensa recente
☐Hemorragia recente _____ ☐ **nenhuma das anteriores, pct candidato a trombolise se o T < 4,5H**

Fatores de risco cerebrovasculares:

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Tabagismo ☐ Dislipidemia ☐ Fibrilação atrial ☐ Chagas
☐AVC ou AIT prévio ☐Infarto do miocárdio ou cirurgia cardíaca recente

Escala de AVC de Cincinatti

1) Dê um sorriso

☐Normal ☐Alterado
Alterado: existe uma paresia da face de um lado

2) Levante os Braços

☐Normal ☐Alterado
Alterado: existe uma paresia da face de um lado

3) Fale a frase: "Faz muito calor em Ribeirão Preto". ☐Normal ☐ Aiterado: dificuldade para falar

LISTA DE CHECAGEM DE CONDUTAS

☐Fornecer oxigênio se SaO_2 < 92%
☐Não demorar no transporte.
☐Determinar a hora de início dos sintomas
☐Se possível acesso venoso com SF 0.9% p/ manter veia.
☐Não reduzir níveis pressóricos.
☐Levar parente do paciente para o hospital

Classificação por tempo de início dos sintomas de AVC

[ ] AVC em Janela T <4,5 H [ ] AVC hiperagudoT <6H [ ]AVC / AIT T> 6 H

NECESSIDADE DE REGULAÇÃO MÉDICA

Ativação da regulação médica Hora _____:_____	Resposta do regulador Hora _____:_____	Médico receptor Hora _____:_____

Destino do paciente: [ ] H1 (UE) [ ] H2 (SC) [ ] H3 (BENE) [ ] Outros_____

Observações:

Nome profissional: _____Registro:_____

HC FMRP-USP / SAMU Regional RP