



Disfagia - Avaliação da Deglutição

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Nº Prontuário: _____
DN: ___ / ___ / ___ Idade: ___ anos e ___ Gênero: [] M [] F
Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____
Encaminhado por: _____ Data: ___ / ___ / ___

II - ENTREVISTA

1. Queixa: _____

2. Outras queixas fonoaudiológicas (*audição, voz, fala, linguagem expressiva e receptiva*):

3. História Médica (*diagnóstico médico, doenças neurológica, respiratória, oncológica, psicológica/psiquiátrica, tratamentos, medicamentos, perda de peso, etc.*):

4. Alimentação

Modificação da dieta: [] não [] sim: _____
Via alimentar atual: [] oral [] oral/sonda [] sonda _____
Tempo de uso da sonda: _____ Tipo de sonda: _____
Preferência por uma consistência alimentar específica? [] não [] sim: _____
Fatores que dificultam deglutição: [] consistência [] quantidade [] outros: _____
Tempo de alimentação: [] normal [] lento [] rápido
Presença de dor para mastigar? [] não [] sim
Presença de dificuldade para mastigar? [] não [] sim
Presença de dificuldade para engolir? [] não [] sim
Presença de engasgos: [] não [] sim _____
Presença de resíduos alimentares após a deglutição : [] não [] sim
Inicia tosse voluntariamente? [] sim [] não
Eficaz para limpar resíduos? [] sim [] não
Quantidade de saliva: [] normal [] pouca [] muita
Queixa quanto à digestão: [] não [] sim: _____
Outras queixas de alimentação: [] não [] sim: <input type="checkbox"/> nasorregurgitação <input type="checkbox"/> alterações respiratórias <input type="checkbox"/> mudança na fonação <input type="checkbox"/> cansaço <input type="checkbox"/> Outras _____

III - AVALIAÇÃO

1. POSTURA CORPORAL (fotografar frente, costas e laterais)

Cabeça: [] adequada [] inclinação ____ [] rotação ____ [] anteriorizada
[] flexão [] extensão

Ombros: [] adequados [] anteriorizados [] elevado ____

2. COMUNICAÇÃO (filmar fala espontânea, contagem 0 – 20, nomeação de figuras)

Recepção: [] adequada [] alterada _____

Emissão: [] adequada [] alterada _____

Atenção: [] boa [] regular [] ruim _____

3. AVALIAÇÃO VOCAL (gravar fala espontânea, dias da semana, vogal /a/ sustentada, contagem 100-1 e emissões em tempo máximo de fonação: /a/, /i/, /u/, /s/, /z/ e números)

Durante a conversa espontânea e fala encadeada:

Tipo de Voz
[] neutra

Grau de desvio: **1- leve 2 – moderado 3 - intenso**

[] rouca [] soprosa [] áspera [] crepitante
[] trêmula [] pastosa [] molhada [] presbifônica [] outro _____

Desvio Global da Voz: []

Loudness: [] adequado [] aumentado [] reduzido

Pitch: [] adequado [] agudo [] grave

Ressonância: [] equilibrada [] excessivo laríngeo [] excessivo faríngeo
[] excessivo nasal [] insuficiente nasal

Modulação: [] adequada [] excessiva [] restrita [] repetitiva

Articulação: [] adequada [] indiferenciada [] fechada [] exagerada

Velocidade de fala: [] adequada [] aumentada [] reduzida

Coordenação Pneumofonoarticulatória: adequada alterada _____
 pouco alterada muito alterada

Durante emissões sustentadas:

TMF: /a/ _____ /i/ _____ /u/ _____ /s/ _____ /z/ _____ Números ____

Qualidade vocal:

[] neutra

Grau de desvio: **1- leve 2 – moderado 3 - intenso**

[] instável [] rouca [] soprosa [] áspera [] crepitante
[] trêmula [] pastosa [] molhada [] presbifônica [] outro _____

Ataque vocal: [] isocrônico [] brusco [] aspirado [] uso alternado

Durante contagem de 100 a 1:

Resistência Vocal: [] adequada
[] alterada: [] qualidade vocal [] articulação [] altura
[] intensidade [] ressonância [] dinâmica respiratória

Na ausência de fala:

Tipo Respiratório: [] completo [] médio [] superior [] inferior

4. AVALIAÇÃO DO SISTEMA OROMIOFUNCIONAL

4.1 Aspecto Morfológico

Lábios	Postura habitual: <input type="checkbox"/> fechados <input type="checkbox"/> outros (<i>descrever</i>):
	Aspecto: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> alterado (<i>descrever</i>):
	Outras características:

Língua	Postura habitual: <input type="checkbox"/> não observável <input type="checkbox"/> outros (<i>descrever</i>):
	Aspecto: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> alterado (<i>descrever</i>):
	Outras características:

Bochechas (<i>mucosa</i>):	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> alterada _____
--	-----------------------------------	---

Palato	Duro: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> outros (<i>descrever</i>):
	Véu palatino: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> alterado (<i>descrever</i>):
	Úvula: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> alterada (<i>descrever</i>):

Dentes/ Oclusão	Saúde oral: _____ Relação entre os arcos: _____
	Elementos perdidos não reabilitados: _____
	Uso de prótese:
	TV: _____ mm TH: _____ mm

Saliva	<input type="checkbox"/> deglutida <input type="checkbox"/> acúmulo/deglutição espontânea <input type="checkbox"/> acúmulo/não deglute <input type="checkbox"/> pouca <input type="checkbox"/> engasgo freqüente
Observação:	_____

4.2 Tonicidade/Tensão

	Normal	Diminuído	Aumentado
Lábio superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lábio inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Língua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bochecha direita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bochecha esquerda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observação: _____

4.3 Sensibilidade

Tátil	<i>filamento verde</i>	<i>filamento azul</i>	<i>filamento violeta</i>	<i>filamento vermelho escuro</i>	<i>filamento laranja</i>	<i>filamento vermelho magenta</i>
Língua - região anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Língua - região posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papila incisiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lábio superior (<i>centro</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lábio inferior (<i>centro</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mento (<i>centro</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bochecha interna D (<i>centro</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bochecha interna E (<i>centro</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Normal	Alterada
Olfativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Descrever:
Gustativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Descrever:

Observação: _____

4.4 Mobilidade

Lábios	Adequada	Alterada	Ausente
Protrair fechados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrair fechados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protrair abertos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrair abertos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protrair fechados à D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protrair fechados à E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estalar protraídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estalar retraídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.7 Deglutição

	LÍQUIDO		PASTOSO		SÓLIDO
	fino (_____ ml)	néctar (_____ ml)	mel (_____ ml)	pudding (_____ ml)	
Vedamento labial:					
Adequado	[]	[]	[]	[]	[]
Fraco	[]	[]	[]	[]	[]
Ausente	[]	[]	[]	[]	[]
Excessivo	[]	[]	[]	[]	[]
Assistemático	[]	[]	[]	[]	[]
Escape oral anterior:					
Ausente	[]	[]	[]	[]	[]
Presente	[]	[]	[]	[]	[]
Movimento da língua:					
Não observado	[]	[]	[]	[]	[]
Ântero-posterior	[]	[]	[]	[]	[]
Póstero-anterior	[]	[]	[]	[]	[]
Permanência do alimento na boca:					
Adequada	[]	[]	[]	[]	[]
Prolongada	[]	[]	[]	[]	[]
Nasorregurgitação:					
Ausente	[]	[]	[]	[]	[]
Presente	[]	[]	[]	[]	[]
Elevação da laringe:					
Adequada	[]	[]	[]	[]	[]
Reduzida	[]	[]	[]	[]	[]
Trepidação	[]	[]	[]	[]	[]
Ausculta cervical:					
Normal	[]	[]	[]	[]	[]
Alterada	[]	[]	[]	[]	[]
Alteração respiratória:					
Ausente	[]	[]	[]	[]	[]
Presente	[]	[]	[]	[]	[]
Alteração na voz:					
Ausente	[]	[]	[]	[]	[]
Presente	[]	[]	[]	[]	[]
Alteração na coloração facial:					
Ausente	[]	[]	[]	[]	[]
Presente	[]	[]	[]	[]	[]
Engasgos:					
Ausente	[]	[]	[]	[]	[]
Presente	[]	[]	[]	[]	[]
Tosse/ Pigarro:					
Ausente	[]	[]	[]	[]	[]
Antes da deglutição	[]	[]	[]	[]	[]
Durante a deglutição	[]	[]	[]	[]	[]
Após a deglutição	[]	[]	[]	[]	[]
Resíduos alimentares:					
Ausentes	[]	[]	[]	[]	[]
Vestíbulo	[]	[]	[]	[]	[]
Língua	[]	[]	[]	[]	[]
Bochechas	[]	[]	[]	[]	[]
Dentes	[]	[]	[]	[]	[]
Número de deglutições:					
1 vez	[]	[]	[]	[]	[]
2 a 3 vezes	[]	[]	[]	[]	[]
Múltiplas	[]	[]	[]	[]	[]
Oximetria:					
Normal	[]	[]	[]	[]	[]
Alterada	[]	[]	[]	[]	[]
Variação	[]	[]	[]	[]	[]

Manobras facilitadoras e protetoras testadas: _____

Observações: _____

Orientações: _____

Encaminhamentos: _____

Conclusão: _____

Conduta: _____

Avaliadores: _____

Data: ___ / ___ / _____