



**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

<b>Lábios</b>	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:

<b>Língua</b>	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:

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

<b>Palato</b>	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> ):

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

<b>Saliva</b>	<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

<b>Tátil</b>	<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
<b>Olfativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Descrever:
<b>Gustativa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Descrever:

Observação: \_\_\_\_\_

### 4.4 Mobilidade

<b>Lábios</b>	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"/>

Língua	Adequada	Alterada	Ausente
Protrair	[ ]	[ ]	[ ]
Tocar o ápice sequencialmente nas comissuras D/E e nos lábios S/I	[ ]	[ ]	[ ]
Tocar o ápice na papila incisiva	[ ]	[ ]	[ ]
Tocar o ápice na bochecha D	[ ]	[ ]	[ ]
Tocar o ápice na bochecha E	[ ]	[ ]	[ ]
Estalar o ápice	[ ]	[ ]	[ ]
Sugar a língua no palato	[ ]	[ ]	[ ]
Vibrar	[ ]	[ ]	[ ]

Bochechas	Adequada	Alterada	Ausente
Inflar	[ ]	[ ]	[ ]
Inflar a D	[ ]	[ ]	[ ]
Inflar a E	[ ]	[ ]	[ ]
Suflar	[ ]	[ ]	[ ]

Véu palatino	Adequada	Reduzida	Ausente
Falar "a" prolongado	[ ] D [ ] E	[ ] D [ ] E	[ ] D [ ] E
Falar "a" intermitente	[ ] D [ ] E	[ ] D [ ] E	[ ] D [ ] E

Mandíbula	Adequada	Reduzida	Aumentada	Não realiza	Com desvio	Com ruído	Com dor
Abertura da boca	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ] D [ ] E	[ ]	[ ]
Fechamento da boca	[ ]	-	-	-	[ ] D [ ] E	[ ]	[ ]
Lateralidade à D	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	-	[ ]	[ ]
Lateralidade à E	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	-	[ ]	[ ]

DIMA: \_\_\_\_\_ mm      abertura da boca: \_\_\_\_\_ mm      lateralidade D: \_\_\_\_\_ mm      lateralidade E: \_\_\_\_\_ mm

**Elevação da Laringe**      [ ] adequada      [ ] alterada. Descrever: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

**4.5 Função Velofaríngea:** [ ] adequada      [ ] marginal      [ ] inadequada

Teste de Emissão de ar nasal (espelho): sopra [ ] /f/ [ ] /s/ [ ] /j/ [ ] /i/ [ ] /u/ [ ]

Teste de Hipernasalidade (cul-de-sac): [ ] negativo      [ ] positivo

Observação: \_\_\_\_\_

**4.6 Mastigação**

<b>Incisão:</b>	[ ] anterior	[ ] lateral	[ ] outra _____
<b>Trituração:</b>	[ ] dentes posteriores	[ ] dentes anteriores	[ ] com a língua
	[ ] eficiente	[ ] ineficiente	
<b>Eficiência:</b>	[ ] adequada	(1) inadequada	
<b>Número de ciclos:</b> <i>(via filmagem)</i>	1ª Porção	2ª Porção	3ª Porção
	Direita: _____	_____	_____
	Esquerda: _____	_____	_____
	Direita/Esquerda: _____	_____	_____
	<b>Total:</b> _____	_____	_____
<b>Padrão mastigatório:</b>	[ ] unilateral/bilateral alternado (50%-65%)	[ ] bilateral simultâneo (>65%)	
	[ ] unilateral preferencial (66%-75%): _____	[ ] unilateral crônico (≥75%): _____	
<b>Fechamento labial:</b>	[ ] sistemático	[ ] assistemático	[ ] ausente
<b>Velocidade:</b>	[ ] adequada	[ ] aumentada	[ ] diminuída
<b>Mastigação ruidosa:</b>	[ ] não	[ ] sim	
<b>Contrações musculares não esperadas:</b>	[ ] ausente	[ ] presentes (descrever): _____	
<b>Tempo mastigatório</b> <i>(utilizar porções de tamanho padronizado e do mesmo alimento)</i>	1ª porção: _____ segundos	2ª porção: _____ segundos	3ª porção: _____ segundos
			<b>Média:</b> _____ s

Observação: \_\_\_\_\_

**Perguntar ao Paciente:**

<b>Lado preferencial de mastigação:</b>	<input type="checkbox"/> direito e esquerdo	<input type="checkbox"/> direito	<input type="checkbox"/> esquerdo	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>Dor ao mastigar:</b>	<input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> direito	<input type="checkbox"/> esquerdo	
<b>Ruído na ATM:</b>	<input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> direita	<input type="checkbox"/> esquerda	

#### 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: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_