

| | | | |
|---|---|-------------|------------------------|
|  | FORMULÁRIO – Enfermagem | | |
| | FORMULÁRIO DE DEMANDA ESPONTÂNEA | | |
| | Código: F.HEC.939 | Versão: 000 | Elaboração: 19/08/2022 |

PACIENTE: _____ DATA: ____/____/____

TRIAGEM DA ENFERMAGEM DO ACOLHIMENTO

PARTE A

| II ESCALA LAPSS | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Los Angelis Prehospital Stroke Screen | SIM | NÃO |
| 1- Idade acima de 45 anos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- Sem história prévia de convulsão / epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- Sintomas Neurológicos se iniciaram nas últimas 24hs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- Paciente deambulava antes do evento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- Glicemia entre 60 e 400mg/dL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |


PARTE B

| Exame: Procurar Assimetria | Normal | Direita | Esquerda |
|---|--------------------------|---|---|
| Facial: sorriso careteamento | <input type="checkbox"/> | Queda <input type="checkbox"/> | Queda <input type="checkbox"/> |
| Aperto de mão | <input type="checkbox"/> | Fraco <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> | Fraco <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> |
| Fraqueza no braço | <input type="checkbox"/> | Queda lenta <input type="checkbox"/> Queda rápida <input type="checkbox"/> | Queda lenta <input type="checkbox"/> Queda rápida <input type="checkbox"/> |
| Baseado no exame, o paciente apresenta fraqueza unilateral ou alteração de fala | | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

ENFERMAGEM: Registra SINAIS VITAIS E AUTORIZA ABERTURA DA BAU

- PARTE A: Pelo menos 03 destes achados estão presentes?
- PARTE B: Pelo menos 01 destes achados estão presentes?

NÃO = ENFERMAGEM deve comunicar ao paciente e/ou responsável: “Este hospital não possui serviço de PS e os atendimentos são exclusivamente de pacientes com suspeita de AVC e trazidos pelo SAMU. O quadro apresentado NÃO preenche os critérios mínimos para ser feita suspeita de AVC. Deste modo, o paciente deve ser avaliado pela equipe de CLINICA MÉDICA. Esta por sua vez, deve fazer registro do atendimento no sistema MV.”

| | | | |
|---|---|-------------|------------------------|
|  | FORMULÁRIO – Enfermagem | | |
| | FORMULÁRIO DE DEMANDA ESPONTÂNEA | | |
| | Código: F.HEC.939 | Versão: 000 | Elaboração: 19/08/2022 |

● **SIM** = ENFERMAGEM deve comunicar ao paciente e/ou responsável: “Este hospital não possui serviço de PS e os atendimentos são exclusivamente de pacientes com suspeita de AVC e trazidos pelo SAMU. Entretanto, o quadro apresentado preenche os critérios mínimos para ser feita suspeita de AVC. Deste modo, o paciente deve ser avaliado pelo NEUROLOGISTA. Este por sua vez, deve fazer registro do atendimento no sistema MV.”

SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS A AVC

Início há menos de 04 dias de:

- Fraqueza em UM lado do corpo;
- Dormência em UM lado do corpo;
- Dificuldade para falar ou entender;
- Paralisia facial central (boca torta);
- Dor de cabeça explosiva (pior dor de cabeça da vida) acompanhada de perda de consciência e/ou crise convulsiva;
- Vertigem /tontura acompanhado pelo menos UM dos seguintes: visão dupla, dificuldade para engolir, fala embolada.