

## ANEXO 4

### Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS): (Escala Pré-Hospitalar de AVC)

Equipe de Ambulância			
Data: ___/___/___		Horário: ___/___ hs.	
Nome da Vítima			
Idade			
Hora do Íctus		___/___ hs.	Confirmada <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/>
Nome da Testemunha			
HGT: mg/dl	PA: mmHg	Sat O2	%
Uso de Anticoagulante		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Exame Físico: (CPSS)			
ASSIMETRIA FACIAL (O paciente deve mostrar os dentes ou sorrir)	<input type="checkbox"/> NORMAL	Os dois lados da face movimentam-se simetricamente.	
	<input type="checkbox"/> ANORMAL	Um dos lados da face não se movimenta tão bem como o outro.	
QUEDA DE BRAÇO (Com os olhos fechados o paciente deve estender os braços por 10 segundos)	<input type="checkbox"/> NORMAL	Os dois braços se mantêm simétricos	
	<input type="checkbox"/> ANORMAL	Um braço apresenta queda ou não se move.	
FALA (O paciente deve repetir a frase: "O céu é azul em Joinville")	<input type="checkbox"/> NORMAL	O paciente repete corretamente.	
	<input type="checkbox"/> ANORMAL	O paciente murmura palavras, repete outras palavras ou é incapaz de falar.	
Pelo menos 1 item anormal	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Suspeita de AVC ↓ Contato Hospital	
Hospital			
Hora do Contato	/		
Hora da Chegada	/		
Tratamento (checar)			
• Cabeceira a 0º		(exceto se vômitos)	
• Acesso venoso SF 0,9%		_____	
• O2 nasal 2l/min. O <sub>2</sub> < 92 %		_____	
Escala aplicada por:		Função:	
Paciente recebido por:		Função:	