

Escala Pré - Hospitalar - SAMU

ANEXO 5



SAMU - 192

Protocolo de atendimento

AVC HIPERAGUDO

(AVC com menos de 6 horas de evolução)

DATA	HORA	NUMERO	EQUIPE
/ /			
<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> Outros			
Endereço: _____			
Solicitante: _____			
Fones: _____		Cidade: _____	
Próximo: _____			
Paciente: _____ Idade: _____			
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> CONVÊNIO <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> OUTROS			
QUADRO CLÍNICO			
<input type="checkbox"/> Fraqueza ou dormência súbitas em um lado do corpo <input type="checkbox"/> Confusão, dificuldade pra falar ou entender de início súbito. <input type="checkbox"/> Dificuldade súbita para enxergar com um ou ambos os olhos. <input type="checkbox"/> Dificuldade súbita para andar, tontura ou incoordenação de início súbito. <input type="checkbox"/> Cefaleia intensa e súbita sem causa aparente. <input type="checkbox"/> Outros sintomas neurológicos focais agudos sugestivos de AVC _____			
Data início dos sintomas: _____		Hora do início dos sintomas: _____	
Acordou com sintomas <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Última vez em que foi visto sem sintomas: _____	
Alertas de possível exclusão para AVC HIPERAGUDO:			
<input type="checkbox"/> Glicemia < 50 mg/dL <input type="checkbox"/> Paciente epilético <input type="checkbox"/> Crise convulsiva <input type="checkbox"/> Síndrome demencial <input type="checkbox"/> Previamente acamado <input type="checkbox"/> Início dos sintomas há mais de 6 horas			
Contra-indicações possíveis para trombólise:			
<input type="checkbox"/> Trauma craniano importante recente <input type="checkbox"/> Uso de Anticoagulantes <input type="checkbox"/> Cirurgia extensa recente <input type="checkbox"/> Hemorragia recente			
Fatores de risco cerebrovascular conhecidos:			
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> AVC ou AIT previo <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio ou cirurgia cardíaca			

AVALIAÇÃO PRÉ-HOSPITALAR				
PA	Pulso	FR	SpO ₂	Glicemia
/				
Escala de AVC de Cincinnati				
1) Dê um sorriso		2) Levante os Braços		
 <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado		 <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado		
Alterado: existe uma parésia da face de um lado Alterado: Existe queda de um braço				
3) Fale a frase: "Faz muito calor em Ribeirão Preto". <input type="checkbox"/> Alterado: dificuldade para falar				
LISTA DE CHECAGEM DE CONDUTAS				
<input type="checkbox"/> Fornecer oxigênio se SaO ₂ < 92% <input type="checkbox"/> Se possível acesso venoso com soro fisiológico 0.9% para manter veia. <input type="checkbox"/> Não demorar no transporte. <input type="checkbox"/> Não reduzir níveis pressóricos. <input type="checkbox"/> Determinar a hora de início dos sintomas <input type="checkbox"/> Levantar parente do paciente para o hospital				
CONTROLE INTERNO DE HORÁRIOS				
Ativação Regulação médica		Resposta regulador		Médico receptor
Hora _____	Hora _____	Hora _____	Hora _____	Hora _____
Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____
Profissional SAMU		Médico Receptor		
Observações				
CONDUTA REGULAÇÃO MÉDICA				
<input type="checkbox"/> ao Hospital de referência AVC <input type="checkbox"/> VAGA ZERO <input type="checkbox"/> à UBDS <input type="checkbox"/> Não configura AVC HIPERAGUDO <input type="checkbox"/> Outros _____				
Assinatura				Data