



### CHECKLIST AVCi

COVID  SIM  NÃO

Vacinado? ( ) Não ( ) Sim | Qual? \_\_\_\_\_

Doses: 1ª \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 2ª \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 3ª \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome:		Matrícula:	
Idade:	Data de Nascimento:	Sexo: ( ) F ( ) M	Local do 1º atendimento: ( ) UPA ( ) HOSPITAL
Hora da chegada na 1ª unidade de saúde:		Data e hora do início dos sintomas:	Hora da 1ª avaliação médica:
Déficit neurológico:			1ª NIH:
Data e hora do 1º TCC:	( ) AVCi ( ) AVCh	Topografia da lesão na 1ª TCC:	
É diabético(a)? ( ) Sim ( ) Não	É hipertenso? ( ) Sim ( ) Não	É dislipidêmico(a)? ( ) Sim ( ) Não	É tabagista? ( ) Sim ( ) Não

Tem obesidade? ( ) Sim ( ) Não	IMC: _____ kg/m <sup>2</sup>	Índice de Masa Corporal	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor do IMC</th> <th>Classificação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IMC &lt; 19</td> <td>Abaixo do Peso</td> </tr> <tr> <td>19 ≤ IMC &lt; 25</td> <td>Peso Normal</td> </tr> <tr> <td>25 ≤ IMC &lt; 30</td> <td>Sobrepeso</td> </tr> <tr> <td>30 ≤ IMC &lt; 40</td> <td>Obesidade do tipo I</td> </tr> <tr> <td>IMC ≥ 40</td> <td>Obesidade Mórbida</td> </tr> </tbody> </table>	Valor do IMC	Classificação	IMC < 19	Abaixo do Peso	19 ≤ IMC < 25	Peso Normal	25 ≤ IMC < 30	Sobrepeso	30 ≤ IMC < 40	Obesidade do tipo I	IMC ≥ 40	Obesidade Mórbida
Valor do IMC	Classificação														
IMC < 19	Abaixo do Peso														
19 ≤ IMC < 25	Peso Normal														
25 ≤ IMC < 30	Sobrepeso														
30 ≤ IMC < 40	Obesidade do tipo I														
IMC ≥ 40	Obesidade Mórbida														
Medicações de uso regular e doses: _____		$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$													

#### ELEITO PARA TROMBÓLISE

**ΔT até 4,5 horas, se realizou RM de crânio até 9h**

TCC normal ou área hipodensa até 1/3 do hemisfério e sem sangramento + alteração neurológica (Aspect < ou = 7)

NIH Bolus:	(NIH = 4 até 22)	Hora do Bolus:	Setor do Bolus:
Hora de início 2ª etapa:	NIH início 2ª etapa:	Setor 2ª etapa:	
Hora do término 2ª etapa:	NIH término 2ª etapa:	Qual o destino do paciente após a trombólise? Hospital: _____ Setor: _____	
( ) Solicitar TCC de Controle após 72h	Evolução da imagem:	Houve piora do quadro clínico? ( ) Sim ( ) Não	

#### NÃO ELEITO PARA TROMBÓLISE

Justificativa para não realização da trombólise:	Fora da Janela? ( ) Sim ( ) Não	Outros:
( ) Fazer hidratação vigorosa com cristalóides nas primeiras 72h: 30mL/kg nas 24h		
Fazer controle pressórico:	Tem fibrilação atrial? ( ) Sim ( ) Não	Fez uso prévio de AAS ou outro antiagregante plaquetário?
PA _____ x _____ mmHg (____h)	Anticoagulante: ( ) Sim ( ) Não	( ) Sim. Hora da última dose _____
PA _____ x _____ mmHg (____h)	Qual? _____	Qual? _____
PA _____ x _____ mmHg (____h)	Dose: _____	( ) Não
( ) TCC normal ou área hipodensa e sem sangramento + alteração neurológica => internar + iniciar AAS 200mg 1x/dia		
( ) AIT (remissão do quadro neurológico em até 24h) => alta (ambulatorio) + AAS 200mg + Clopidogrel 75mg 1x/dia por 3 meses.		
( ) AIT + fibrilação atrial => NOACs + ASS 200mg ou Clopidogrel 75mg.		
( ) Solicitar TCC de Controle após 72h	Evolução da imagem:	
Craniectomia descompressiva: ( ) Sim ( ) Não		
Transformação hemorrágica após TCC controle? ( ) Sim => suspender AAS IMEDIATAMENTE! ( ) Solicitar parecer neurocirurgia ( ) Não		
( ) Iniciar heparina profilática de baixo peso molecular em vigência de plegia e ausência de pneumáticos (HNF 5.00UI 12/12h ou enoxaparina 40mg 1x/dia)		

#### PARA TODOS OS PACIENTES

Solicitar parecer: ( ) Fisioterapia ( ) Fonoaudiologia	Solicitar: ( ) ECG ( ) ECOTT ( ) Doppler de Carótidas e Vertebrais
--	--