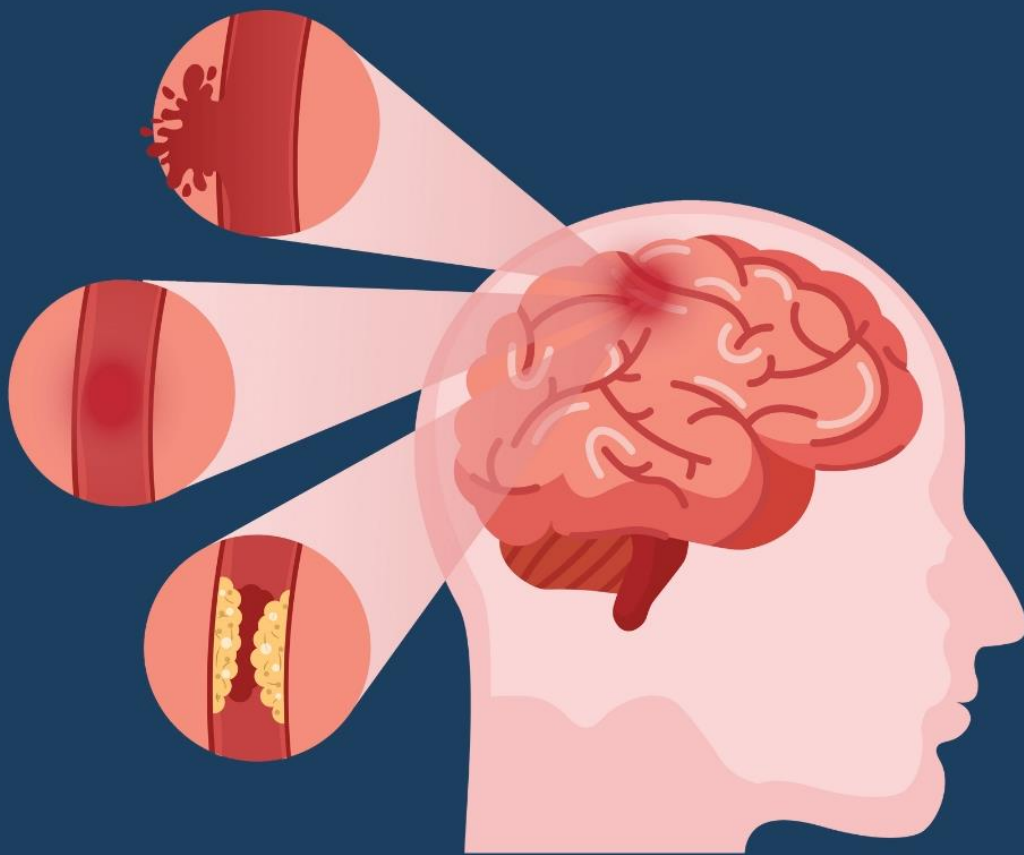



Protocolo Municipal de Atendimento ao Acidente Vascular Encefálico



	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16		Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 2

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS

Gustavo Henric Costa – “Guti”

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Dr. Ricardo Rui Rodrigues Rosa

SECRETARIO ADJUNTO DA SAÚDE

Silvio Cardoso do Prado Junior

DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Raphael Sebastian de Souza Pinto

COORDENAÇÃO MÉDICA DO DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Dra. Paula Andrade Alvares

Dra. Silvia Maria Rocha Gonçalves Fuentes

Dra. Suellen Santos Mendes

Dr. Tiago Estevam de Almeida

CONSULTORES E COLABORADORES

Adelmo Nunes de Araújo Junior

André Henrique Scervino


Claudia Batista Urbano

Claudia Mara Alves da Silva

Débora Felix Menezes

Jaqueline Sousa Pessoa

Solange Regina Fontebasso

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16		Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 3

Tabatha Krystina Faria Corradi
Vivian Stefani de Godoy Franchi


VALIDAÇÃO INTERNA E EXTERNA

Validação interna: Secretaria da Saúde do Município de Guarulhos

Validação externa: gestores, médicos e enfermeiros das Unidades de Urgência e Emergência do Município de Guarulhos


PÚBLICO-ALVO

Médicos do Corpo Clínico, Enfermagem e demais profissionais envolvidos na atenção de Urgência e Emergência

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16		Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 4

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
EPIDEMIOLOGIA	5
ETIOLOGIA.....	6
DIAGNÓSTICO DO AVE.....	7
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	7
TRATAMENTO AVE.....	9
AVALIAÇÃO INICIAL.....	9
MANEJO INICIAL DO AVE	10
Manejo específico do AVEi	11
Manejo específico do AVEh.....	15
REFERÊNCIAS.....	17
ANEXO I.....	18
ESCALA DE AVC DO NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (NIHSS)	18
ANEXO II.....	30
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO A.V.E. HOSPITALAR	30
ANEXO III.....	31
FICHA PROTOCOLO A.V.E.	31

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16		Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 5

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) ou acidente vascular cerebral (AVC) é definido como uma síndrome que consiste no desenvolvimento rápido de distúrbios clínicos focais da função cerebral, global no caso do coma, que duram mais de 24 horas ou conduzem à morte sem outra causa aparente que não a de origem vascular.

São separados em dois grandes grupos de acordo com a fisiopatologia:

- Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi), que ocorre quando há estenose ou oclusão de uma artéria, impedindo a passagem de oxigênio para células cerebrais. O AVEi é o mais comum e representa 85% de todos os casos.
- Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEh), que ocorre quando há rompimento de um vaso cerebral, provocando hemorragia. É responsável por 15% dos casos de AVE, mas pode causar a morte com maior frequência que o AVEi.


EPIDEMIOLOGIA

O AVE é a segunda maior causa de morte e uma das principais causas de incapacidade no mundo.

No ano de 2016 foi responsável por 2,7 milhões de óbitos.

No Brasil há poucos dados sobre a prevalência de AVE. Um estudo epidemiológico publicado em 2015 estimou 2.231.000 indivíduos com diagnóstico de AVE e 568.000 com incapacidade grave decorrente de AVE.

O AVEi, responsável por 85% de todos os casos, tem como principais fatores de risco a hipertensão, idade avançada, doença falciforme, história familiar de AVE, história de

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica	Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos			
Código: DCUE - TEC.16	Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 6	

ataque isquêmico transitório (AIT) ou AVE, tabagismo, diabetes *mellitus*, fibrilação atrial, dislipidemia, comorbidades cardíacas e menor grau de escolaridade.


Os principais fatores de risco para o AVEh incluem: idade avançada, raça negra e orientais, gênero masculino, hipertensão arterial crônica, angiopatia amiloide, tabagismo, etilismo, coagulopatias, uso de drogas simpático-miméticas e obesidade.

ETIOLOGIA

O AVEi pode ser classificado de acordo com o seu mecanismo fisiopatológico:

- Aterosclerose de grandes vasos: infarto no território de uma artéria com estenose > 50% e nenhuma outra causa provável de AVE;
 - Extracraniana (10%);
 - Intracraniana (10%);
- Cardioembolismo (25%): infarto na presença de pelo menos um problema cardíaco fortemente associado com AVE, como a fibrilação atrial;
- Infarto lacunar – doenças dos pequenos vasos (15%): infarto com < 1,5 cm de diâmetro no território de um pequeno vaso sanguíneo penetrante;
- Indeterminado (30%): infarto dentro de um quadro clínico de duas ou mais etiologias potenciais diferentes, nenhuma etiologia apesar de avaliação diagnóstica completa ou uma avaliação incompleta;
- Outras causas: vasculites, dissecções arteriais e estados hipercoaguláveis (10%).

O AVEh é causado pela ruptura de uma artéria cerebroespinal, levando a hemorragia intraparenquimatosa, subaracnoídea e/ou intraventricular. As hemorragias intraparenquimatosas podem ainda ser divididas em primárias (na ausência de malformações vasculares ou doenças associadas) e secundárias (na presença de malformações vasculares ou doença que prejudique a coagulação ou facilite a ruptura

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO A.V.E.</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>		<p>Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos</p>		
<p>Código: DCUE - TEC.16</p>		<p>Data da Emissão: 05/03/2020</p>	<p>Revisão 00</p>	<p>Página 7</p>

vascular). As causas primárias são responsáveis por 80 a 85% de todos os episódios de AVEh, enquanto as causas secundárias respondem por 15 a 25%.

DIAGNÓSTICO DO AVE

O diagnóstico do AVE é essencialmente clínico, e deve ser suspeitado na presença de aparecimento súbito de déficit neurológico.

Nos AVE, os déficits persistem por mais de 24hs e as manifestações neurológicas se correlacionam com o território vascular acometido. Os dois grandes territórios são:

- Território carotídeo (relacionado às artérias carótidas internas, cerebral médio e anteriores) - os sintomas mais frequentes são: fraqueza facial ou de membros, parestesias ou dormências, dificuldade na fala, cefaleia e perda da visão;
- Território vertebro basilar (relacionado às artérias vertebrais, basilar, cerebelares e cerebrais posteriores) – os sintomas mais frequentes são: perda da visão ou visão dupla, tontura, confusão, vertigem, dificuldades de deglutição e náuseas.


O rebaixamento do nível de consciência (RNC) pode estar relacionado a lesões isquêmicas do tronco encefálico.

Não há sinal clínico específico que diferencie o AVEi do AVEh, entretanto a hemorragia cerebral está mais frequentemente associada a um nível reduzido de consciência e a sinais de aumento da pressão intracraniana, que incluem, entre outros, cefaleia e vômitos.


O exame de imagem – habitualmente tomografia de crânio (TC) - é fundamental para diferenciar entre AVEi e AVEh.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Considerar os possíveis diagnósticos diferenciais para AVE:

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica	Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos			
Código: DCUE - TEC.16	Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 8	

- Ataque isquêmico transitório: sintomas neurológicos transitórios com duração menor de 24 horas sem evidência de infarto agudo; TC de crânio normal ou com evidências de infartos antigos;
 - Todo paciente com AIT deve ser considerado de alto risco para AVE subsequente, sendo recomendada avaliação por um especialista dentro de 24 horas do início dos sintomas;
- Amnésia global transitória: apresenta duração de 24-48 horas sem evidências de infarto agudo; TC de crânio e eletroencefalograma (EEG) normais;
- Episódios neurológicos focais transitórios relacionados à angiopatia amiloide cerebral: sintomas neurológicos recorrentes e estereotipados de parestesia, dormência ou fraqueza, com duração de segundos a minutos; ressonância nuclear magnética (RNM) pode sugerir angiopatia amiloide cerebral;
- Encefalopatia hipertensiva: combinação de cefaleia, anormalidades cognitivas ou nível reduzido de consciência associados a hipertensão significativamente acima da pressão arterial basal do paciente; edema cerebral à TC ou RNM;
- Hipoglicemia: nível de consciência reduzida habitualmente associada a histórico de diabetes e/ou uso de insulina; glicemia baixa no momento da ocorrência dos sintomas;
- Enxaqueca complicada: história repetitiva de eventos semelhantes; TC e RNM sem evidências de infarto;
- Convulsão e déficit pós-ictal: história de convulsões; TC e RNM sem evidências de infarto; EEG confirma evidências de convulsão;
- Transtornos de conversão e de sintomas somáticos: sinais e sintomas neurológicos que não se encaixam em um território vascular; TC e RNM sem evidências de infarto;
- Encefalopatia de Wernicke: histórico de abuso de álcool, quadro de irritabilidade, confusão e delirium; nível sanguíneo de tiamina reduzido;

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16		Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 9

- Tumor cerebral: pode ser a primeira manifestação do quadro oncológico ou pode haver histórico de câncer prévio em caso de lesão metastática; TC de crânio com lesão cerebral.

TRATAMENTO AVE

AVALIAÇÃO INICIAL


Objetivos da avaliação inicial:

- Identificar a síndrome cerebrovascular – sinais e sintomas de AVE;
- Garantir a estabilidade clínica;
- Realizar um exame neurológico abreviado;
- Transportar o paciente para realização de exame de imagem (TC ou RNM) o mais rápido possível.

A informação mais importante na história, além da presença de sintomas neurológicos é a **hora de início do episódio**, pois é ela que vai definir a elegibilidade para tratamentos de AVE agudo. Quando não for possível determinar o horário do início dos sintomas com precisão, deve-se considerar como o momento do início o último momento em que o paciente ainda se encontrava bem.

Informações médicas relevantes para o manejo do quadro agudo do AVE:

- AVE recente;
- Fibrilação atrial;
- Convulsão ou epilepsia;
- Infarto do miocárdio;
- Cirurgia recente;
- Trauma recente;

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16		Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 10

- Sangramento;
- História de AVC hemorrágico;
- Comorbidades (hipertensão e diabetes);
- Uso de substâncias ilícitas;
- Uso de medicamentos.

MANEJO INICIAL DO AVE

O manejo inicial é de suporte, incluindo manejo de vias aéreas e da circulação.


Dentre as medidas gerais, recomenda-se

- Oxigenoterapia para manter SatO₂ > ou = 94%;
- Proteção de vias aéreas no caso de pacientes com rebaixamento do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow < ou = 8);
- Hidratação individualizada;
- Tratamento da hipertensão individualizado:
 - Evitar redução brusca da PA;
 - Manter PA média (PAm) acima de 90 mmHg;
- Normalizar a glicemia (idealmente manter níveis de glicemia entre 80 e 140 mg/dL);
- Manter normotermia (evitar hipertermia);
- Avaliação da deglutição (risco de broncoaspiração).

Tomografia computadorizada de crânio

O próximo objetivo deve ser a realização da imagem de sistema nervoso central (SNC), habitualmente **TC de crânio** sem contraste.

A TC de crânio pode evidenciar:

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16		Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 11

- AVEh: presença de focos hemorrágicos (hiperdensidade);
- AVEi: presença de focos de isquemia (hipodensidade do parênquima cerebral, perda da diferenciação entre substância branca e cinzenta e apagamento dos sulcos)
 - É importante ressaltar que nas primeiras horas do AVEi, a TC de crânio pode se apresentar normal.

Exames complementares

Exames complementares que devem ser solicitados incluem: eletrocardiograma (ECG), glicemia, hemograma completo, eletrólitos, ureia e creatinina, TP/TTPA e enzimas cardíacas.


Manejo específico do AVEi

Os objetivos do tratamento do AVEi incluem:

- Restaurar o fluxo sanguíneo;
- Dar condições para o metabolismo energético no tecido isquêmico;
- Tratar complicações de edema relacionadas ao AVEi;
- Prevenir complicações.

Trombólise

Para pacientes com tempo de evolução < 4,5 horas, e que não tenham contraindicação, está recomendada a trombólise intravenosa com **alteplase**. A dose preconizada é de 0,9 mg/kg (dose máxima de 90 mg) via intravenosa, sendo administrado 10% da dose em *bolus* e os demais 90% em bomba de infusão contínua no período de 1 hora.


	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica	Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos			
Código: DCUE - TEC.16	Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 12	

A trombólise intravenosa está **indicada** para:

- Pacientes com AVEi em qualquer território cerebrovascular;
- Com idade superior a 18 anos;
- Com possibilidade de início da trombólise em até 4,5 horas após o início dos sintomas.

A trombólise está **contraindicada** para:

- Uso de anticoagulantes orais;
- Uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPa alterado;
- Coagulopatia: INR > 1,7, TTPa alargado, contagem de plaquetas < 100.000/mm³;
- Histórico de AVEi ou traumatismo craniano grave nos últimos 3 meses;
- Histórico de hemorragia intracraniana ou malformações cerebrovasculares;
- Histórico de cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo nas últimas 2 semanas;
- Histórico de sangramento gastrointestinal nas últimas 3 semanas ou presença de varizes de esôfago;
- Punção arterial em local não compressível nos últimos 7 dias;
- Infarto agudo do miocárdio nos últimos 3 meses;
- Evidência de endocardite, êmbolo séptico ou gestação;
- Suspeita clínica de hemorragia subaracnóidea ou dissecação aórtica;
- Sinais de acometimento (hipodensidade) de mais de 1/3 do território da artéria cerebral média na TC de crânio;
- PA sistólica ≥ 185 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg (observadas em 3 aferições com 10 minutos de intervalo entre cada uma delas);

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16		Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 13

- Glicemia < 50 mg/dL com resolução dos sintomas após correção da hipoglicemia;
- Déficit neurológico leve sem comprometimento funcional;
- Resolução dos sintomas neurológicos antes da administração do trombolítico.


Alguns fatores alteram o risco-benefício do procedimento de trombólise, porém não constituem contraindicação absoluta à sua realização, como idade > 80 anos, escala de AVE (*Stroke Scale*) do *National Institute of Health* (NIHSS) > 22 pontos e a presença de hiperglicemia.

Ao se indicar a trombólise, os riscos e benefícios do procedimento deverão ser expostos ao paciente ou ao seu responsável (caso o paciente não tenha condições de entendimento) e um consentimento verbal ou escrito deverá ser obtido e descrito ou anexado em prontuário médico antes da sua realização.

Quando indicada a trombólise, recomenda-se que o tempo ideal de administração seja de até 60 minutos após a admissão no Pronto Socorro.

Antes da administração da trombólise, deve-se medir a glicemia do paciente, uma vez que a hipoglicemia está associada a sintomas autonômicos e neurológicos e a hiperglicemia a casos de sangramento intracerebral. A trombólise deverá ser realizada preferencialmente após normalização da hiperglicemia, entretanto nos casos de hipoglicemia é obrigatória a correção do distúrbio metabólico antes da sua realização.

Durante a administração do trombolítico, o paciente deverá ser reavaliado do ponto de vista neurológico a cada 15 minutos de forma rigorosa. Após a sua administração, a reavaliação deverá ser realizada pelo menos a cada 30 minutos nas primeiras 6 horas e a cada 1 hora até completar 24 horas. Um aumento de 4 pontos ou mais na escala NIHSS indica um potencial sangramento intracraniano, sendo recomendado repetir a TC de crânio.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica	Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos			
Código: DCUE - TEC.16	Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 14	

Procedimentos invasivos, como punção arterial, de acesso vascular central ou sondagem nasogástrica/nasoenteral devem ser evitados nas primeiras 24 horas após a administração do trombolítico.

Sondagem vesical poderá ser realizada no mínimo com 30 minutos após a finalização da infusão do trombolítico.

Recomenda-se a realização de TC de crânio de controle após 24 horas da trombólise.


Terapia antiagregante plaquetária

Está recomendada a prescrição de **ácido acetilsalicílico (AAS)**, na dose de 300 mg via oral 1 vez ao dia, para todos os pacientes com AVEi, independentemente da indicação de alteplase, como prevenção secundária. Entretanto, caso esteja indicada a trombólise intravenosa, a utilização do AAS deverá ser postergada por 24 horas, sendo prescrito somente após a demonstração de ausência de hemorragia intracraniana na TC de crânio. Recomenda-se associar um inibidor de bomba de prótons (por exemplo, omeprazol) para pacientes com antecedente de sintomas dispépticos associados ao uso de AAS.

Anticoagulação

Não está indicada anticoagulação urgente de rotina em pacientes não selecionados com AVEi, sendo que a sua prescrição deve ser individualizada com base nas características clínicas do paciente.

No entanto, em caso de trombose venosa a anticoagulação está indicada.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16	Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 15	

Estatinas

O tratamento com estatinas está indicado para pacientes com AVEi ou AIT com objetivo de reduzir o risco de AVE ou eventos cardiovasculares, entretanto não deve ser iniciado imediatamente. Está recomendada a prescrição de estatinas após 48 horas do início do episódio, entretanto para pacientes com uso prévio destes medicamentos, o seu uso deve ser mantido.

O medicamento usualmente utilizado no município de Guarulhos é a sinvastatina, na dose de 20 mg via oral 1 vez ao dia.

Exames complementares


Deve ser realizado ECG para excluir arritmia cardíaca ou isquêmica. Sugere-se um mínimo de 24 horas de monitoramento após um AVEi para descartar quadro de fibrilação atrial.

Outros exames que podem ser solicitados posteriormente para investigar potenciais causas e quadros associados, conforme a clínica do paciente, como análise toxicológica, radiografia de tórax, ecocardiograma, ultrassonografia de carótidas e análise do líquido cefalorraquidiano (LCR), entre outros.


Manejo específico do AVEh

No caso do AVEh, além do manejo inicial do AVE, estão indicadas as seguintes medidas:

- Avaliação da necessidade de intervenção cirúrgica (avaliação específica da neurocirurgia);


	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica	Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos			
Código: DCUE - TEC.16	Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 16	

- Tratamento da pressão intracraniana elevada, que pode ser realizado com as seguintes condutas:
 - Elevação da cabeceira a 30 graus;
 - Intubação orotraqueal e ventilação mecânica, garantindo normoventilação (pode ser utilizada hiperventilação leve como manobra temporária em caso de hipertensão intracraniana e/ou hérnia cerebral);
 - Analgesia e sedação profunda – considerar bloqueio neuromuscular;
 - Drenagem ventricular externa do líquido cefalorraquidiano;
 - Terapia osmótica com manitol ou solução salina hipertônica;
 - Barbitúricos em doses elevadas;
- Manejo das crises convulsivas – não está indicado uso de anticonvulsivantes profiláticos para todos os pacientes (avaliação individualizada);
- Correção de coagulopatias de forma individualizada: considerar transfusão de plaquetas, fatores coagulantes e/ou antídotos específicos;
- Profilaxia de trombose venosa profunda: estão indicadas medidas gerais, como uso de compressão pneumática e mobilização precoce, entretanto o uso de medidas farmacológicas deve ser individualizado.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16		Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 17

REFERÊNCIAS

1. Wang D, Dong Y, Wang Y. Acidente vascular cerebral isquêmico. BMJ Best Practice Ago 2022.
2. Goldenber GFD, Martinez RC. Acidente vascular cerebral hemorrágico. BMJ Best Practice Jun 2022.
3. Bensenor IM, Goulart AC, Szwarcwald CL, Vieira ML, Malta DC, Lotufo PA. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey--2013. Arq Neuropsiquiatr. 2015 Sep;73(9):746-50. doi: 10.1590/0004-282X20150115. PMID: 26352491.
4. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019 May 1. PMID: 31211538.
5. Oliveira-Filho J, Martins SC, Pontes-Neto OM, Longo A, Evaristo EF, Carvalho JJ, Fernandes JG, Zétola VF, Gagliardi RJ, Vedolin L, Freitas GR; Executive Committee from Brazilian Stroke Society and the Scientific Department in Cerebrovascular Diseases. Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part I. Arq Neuropsiquiatr. 2012 Aug;70(8):621-9. doi: 10.1590/s0004-282x2012000800012. PMID: 22899035.
6. Martins SC, Freitas GR, Pontes-Neto OM, Pieri A, Moro CH, Jesus PA, Longo A, Evaristo EF, Carvalho JJ, Fernandes JG, Gagliardi RJ, Oliveira-Filho J; Executive Committee from the Brazilian Stroke Society and the Scientific Department in Cerebrovascular Diseases of the Brazilian Academy of Neurology. Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part II: stroke treatment. Arq Neuropsiquiatr. 2012 Nov;70(11):885-93. doi: 10.1590/s0004-282x2012001100012. PMID: 23175203.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16		Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 18


ANEXO I

ESCALA DE AVC (STROKE SCALE) DO NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (NIHSS)


Instruções de pontuação

Execute os itens da escala de AVC pela ordem correta. Registre a sua avaliação em cada categoria após cada exame da subescala. Não volte atrás para alterar pontuações. Siga as instruções fornecidas para cada uma das técnicas de exame. As pontuações devem refletir o que o doente consegue fazer e não aquilo que o clínico pensa que ele seja capaz de fazer. Deve registrar as respostas enquanto administra a escala e fazê-lo de forma célere. Exceto quando indicado, o doente não deve ser encorajado (i.e., várias tentativas para que o doente faça um esforço especial) seria melhor substituir esse parêntesis por “a realizar esforço especial”.


Instrução	Definição de escala	Escola	Hora
<p>1a. Nível de consciência</p> <p>O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal.</p> <p>Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além da postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.</p>	<p>0 = alerta; responde com entusiasmo.</p> <p>1 = não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage.</p> <p>2 = não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados)</p> <p>3 = responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.</p>		

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16		Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 19


<p>1b. Perguntas de nível de consciência</p> <p>O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta – não há nota parcial por chegar perto.</p> <p>Pacientes com afasia ou estupor que não compreendem as perguntas irão receber 2.</p> <p>Pacientes incapacitados de falar devido a a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário afasia receberão um 1.</p> <p>É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<p>0= responde ambas as questões corretamente.</p> <p>1 = responde uma questão corretamente.</p> <p>2 = não responde nenhuma questão corretamente.</p>		
<p>1c. Comandos de nível de consciência</p> <p>O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e.: segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.</p>	<p>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente.</p> <p>1 = Realiza uma tarefa corretamente.</p> <p>2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>		

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16		Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 20


<p>2. Melhor olhar conjugado</p> <p>Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálicos) recebem nota, mas a prova calórica não é usada.</p> <p>Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1.</p> <p>Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1.</p> <p>O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos, reflexos e a escolha feita pelo investigador.</p> <p>Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.</p>	<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é normal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar.</p> <p>2 – Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.</p>		
<p>3. Visual</p> <p>Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando a contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado.</p> <p>O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal.</p> <p>Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada.</p> <p>Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3.</p> <p>Estimulação duplas simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p>0 = Sem perda visual.</p> <p>1 = Hemianopsia parcial.</p> <p>2 = Hemianopsia completa.</p> <p>3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>		

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16		Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 21


<p>4. Paralisia facial</p> <p>Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos.</p> <p>Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender.</p> <p>Na presença de trauma / curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos tanto quanto possível.</p>	<p>0 = Movimentos normais simétricos.</p> <p>1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso).</p> <p>2 = Paralisia facial central evidente (a paralisia facial total ou quase total da região inferior da face).</p> <p>3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).</p>		
<p>5. Motor para braços</p> <p>O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não parético.</p> <p>Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p> <p>5a. Braço esquerdo</p> <p>5b. Braço direito</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por 10 segundos completos.</p> <p>1 = Queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte.</p> <p>2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90° (ou 45°), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade.</p> <p>3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca.</p> <p>4 = Nenhum movimento.</p> <p>NT = Amputação ou fusão articular, explique:</p> <hr/>		

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16	Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 22	


<p>6. Motor para pernas</p> <p>A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (sempre na posição supina). É valorizada queda da perna se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não parética.</p> <p>Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT) e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p> <p>6a. Perna esquerda</p> <p>6b. Perna direita</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° pr 5 segundos completos.</p> <p>1 = Queda; mantém a perna a 30°, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte.</p> <p>2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30°, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade.</p> <p>3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca.</p> <p>4 = Nenhum movimento.</p> <p>NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p>		
<p>7. Ataxia de membros</p> <p>Este item avalia se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes index-nariz e calcanhar Joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada somente se for desproporcional à fraqueza.</p> <p>A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico.</p> <p>Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p> <p>Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos,</p>	<p>0 = Ausente.</p> <p>1 = Presente em 1 membro.</p> <p>2 = Presente em 2 membros.</p> <p>NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p>		

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16		Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 23

<p>8. Sensibilidade</p> <p>Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico.</p> <p>Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços - exceto mãos, pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para checar acuradamente uma perda hemisensitiva.</p> <p>Um escore de 2, "grave ou total" deve ser dado somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em estupor e afásicos irão receber provavelmente 1 ou 0.</p> <p>O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe 2.</p> <p>Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque 2.</p> <p>Pacientes em coma (item 1a = 3) recebem arbitrariamente 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; nenhuma perda.</p> <p>1 = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado.</p> <p>2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>		
---	--	--	--


	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.E.		
Controlado por: DCUE Equipe Técnica		Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos		
Código: DCUE - TEC.16	Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 24	

<p>9. Melhor linguagem</p> <p>Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode ser obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame.</p> <p>O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo; a nomear os itens na lista de identificação anexa; e a ler da lista de frases anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente.</p> <p>Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas.</p> <p>O paciente intubado deve ser incentivado a escrever, se possível.</p> <p>O paciente em coma (item 1a = 3) receberá automaticamente 3 neste item.</p> <p>O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação 3 deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não reage a nenhum comando simples.</p>	<p>0 = Sem afasia; normal.</p> <p>1 = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão sem limitação significativa das ideias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.</p> <p>2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.</p> <p>3 = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.</p>		
<p>10. Disartria</p> <p>Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada.</p> <p>Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.</p>	<p>0 = Normal</p> <p>1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na piora das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade.</p> <p>2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico.</p> <p>NT = Intubado ou outra barreira física; explique</p> <hr/>		

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO A.V.C.</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>		<p>Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos</p>		
<p>Código: DCUE - TEC.16</p>		<p>Data da Emissão: 05/03/2020</p>	<p>Revisão 00</p>	<p>Página 26</p>


**VOCÊ SABE COMO FAZER.
DESCIDA À TERRA.
CHEGUEI A CASA DO TRABALHO.
PERTO DA MESA, NA SALA DE JANTAR.
ELES OUVIRAM-NO FALAR NA RÁDIO, NA NOITE PASSADA.**

Lista para leitura no item 9 - Melhor Linguagem.

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO A.V.C.</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>		<p>Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos</p>		
<p>Código: DCUE - TEC.16</p>		<p>Data da Emissão: 05/03/2020</p>	<p>Revisão 00</p>	<p>Página 27</p>

MAMÃE
TIC-TAC
PARALELO
OBRIGADO
ESTRADA-DE-FERRO
JOGADOR DE FUTEBOL

Lista de palavras no item 10 - Disartria.

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO A.V.C.</p>		
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>		<p>Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos</p>		
<p>Código: DCUE - TEC.16</p>		<p>Data da Emissão: 05/03/2020</p>	<p>Revisão 00</p>	<p>Página 28</p>



Lista para nomeação no item 9. Melhor linguagem



SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PROTOCOLO A.V.C.

Controlado por:
DCUE Equipe Técnica

Proponente:
Unidades de Saúde do Município de
Guarulhos


Código:
DCUE - TEC.16

Data da Emissão:
05/03/2020

Revisão
00

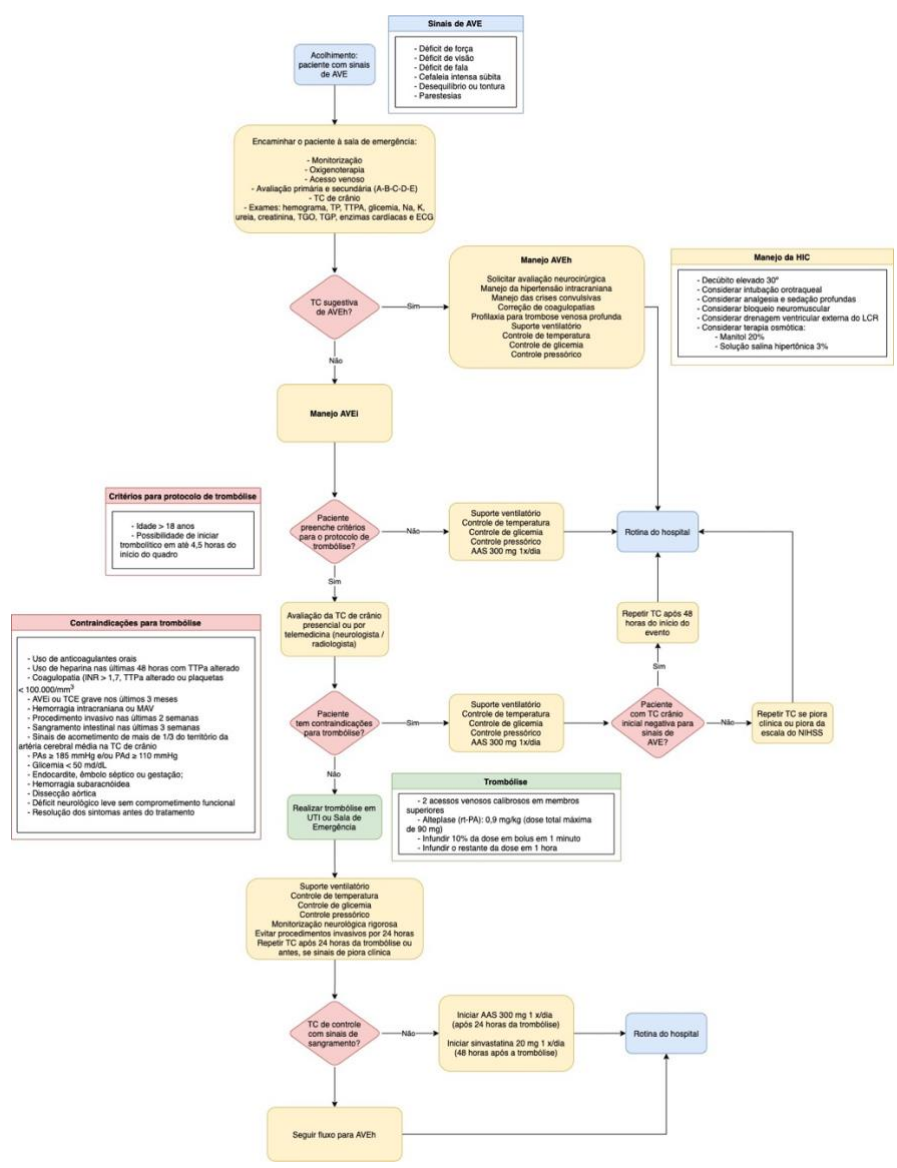
Página
29




	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<p align="center">PROTOCOLO A.V.C.</p>	
<p>Controlado por: DCUE Equipe Técnica</p>		<p>Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos</p>	
<p>Código: DCUE - TEC.16</p>	<p>Data da Emissão: 05/03/2020</p>	<p>Revisão 00</p>	<p>Página 30</p>

ANEXO II

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO A.V.E. HOSPITALAR



	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PROTOCOLO A.V.C.	
	Controlado por: DCUE Equipe Técnica	Proponente: Unidades de Saúde do Município de Guarulhos	
Código: DCUE - TEC.16	Data da Emissão: 05/03/2020	Revisão 00	Página 31

ANEXO III

FICHA PROTOCOLO A.V.E.

AVALIAÇÃO INICIAL

Identificação do paciente	
Nome: _____	
Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino () Outro	
Unidade: () PA Alvorada () PA Bonsucesso () PA Dona Luiza () PA Maria Dirce () PA Paraventi () UPA Cumbica () UPA Paulista () UPA São João () UPA Taboão () HMCA () HMPB () HMU	
Data da admissão do paciente na unidade: ___/___/___ Data da abertura do protocolo: ___/___/___	
Avaliação inicial do paciente	
Início dos sintomas - Data: ___/___/___ Hora: ____:____	
Se não for possível determinar data e hora dos sintomas, responda:	
Acordou com os sintomas? () Sim () Não - Última vez em que foi visto bem - Data: ___/___/___ Hora: ____:____	
Sinais e sintomas presentes à admissão	
() Fraqueza / déficit de força	() Desvio de rima
() Formigamento / parestesias	() Alteração súbita na visão de um ou dois olhos
() Cefaleia intensa	() Alteração do nível de consciência
() Alteração de equilíbrio / déficit de coordenação	
Nome: _____ CRM/COREN: _____	
Preencher se atendimento inicial em UPA/PA	
Transferência:	
Data: ___/___/___ Hora: ___/___/___	
Unidade: () HMCA () HMPB () HMU () HGG () Outro: _____	
Nome: _____ CRM/COREN: _____	

AVALIAÇÃO MÉDICA

Tomografia de crânio	
Data: ___/___/___ Hora: ___/___/___	
Resultado: () Sinais de AVEi () Sinais de AVEh () TC de crânio sem alterações sugestivas de AVE no momento	
Tratamento AVEi	Tratamento AVEh
Manejo geral (vide verso) Trombólise Indicações: () Tempo decorrido do início do AVEi < 4,5 horas () > 18 anos de idade Contraindicações presentes (vide verso)? () Sim () Não Se sim, especificar: _____ Data da trombólise: ___/___/___ Hora da trombólise: ___/___/___ - Houve piora clínica após a trombólise? () Sim () Não - TC de crânio realizada após 24 horas (ou antes, se piora clínica) com sinais de sangramento? () Sim () Não	Manejo geral (vide verso) Avaliação neurocirúrgica realizada? () Sim () Não Data: ___/___/___ Hora: ___/___/___ Unidade: _____ Manejo específico () Tratamento conservador () Abordagem cirúrgica
Nome: _____ CRM: _____	
TC de crânio inicialmente sem sinais de AVE	
Se TC de crânio inicial sem sinais de AVE, repetida em 48 horas? () Sim () Não	
Data: ___/___/___ Hora: ____:____	
Resultado da nova TC: () Sinais de AVEi () Sinais de AVEh () Sem alterações sugestivas de AVE no momento	
Nome: _____ CRM: _____	
DESFECHO DO CASO	
() Alta hospitalar () Óbito - Data do desfecho: ___/___/___	
Nome: _____ CRM/COREN: _____	

