



Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____
Passagem: _____ Leito: _____
Prontuário: _____

Escala de LAPSS Modificada - AVC

I - TRIAGEM NEUROLÓGICA : Início Súbito de:	Sim	Não
1. Alteração da fala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alteração na marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Perda de força de um lado do corpo ou formigamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dor de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alteração de Visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vertigem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se o paciente e ou acompanhante responder SIM para qualquer um dos critérios acima, preencha a escala de LAPSS

II ESCALA LAPSS		
Los Angeles Prehospital Stroke Screen	Sim	Não
1 - Idade Acima dos 45 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Sem história prévia de convulsões / epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Sintomas neurológicos se iniciaram nas últimas 24 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Paciente deambulava antes do evento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Glicemia entre 60 e 400 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

III - Tempo de Evolução do primeiro sinal ou sintoma		
Menor que 12 horas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se o paciente ou acompanhante responder SIM para os três itens (I, II, III) desta avaliação acione o COD AVC		
Início do quadro clínico	Data: ____/____/____	Hora: ____:____
Início da chegada do paciente	Data: ____/____/____	Hora: ____:____
Solicitação da Tomografia	Data: ____/____/____	Hora: ____:____
Encaminhamento da Tomografia	Data: ____/____/____	Hora: ____:____
Laudo da Tomografia	Data: ____/____/____	Hora: ____:____

Atendimento Interno Atendimento Ambulância

Obs: _____

