

ÍTEM PESQUISADO	DEFINIÇÕES	
1a. Nível de consciência Escolher uma alternativa mesmo se avaliação estiver prejudicada por tubo endotraqueal, linguagem ou trauma. Dar 3 somente se não for obtida resposta aos estímulos dolorosos.	0 = alerta 1 = desperta cora estímulo verbal 2 = desperta somente com estímulo doloroso 3 = respostas reflexas ou ausência de resposta aos estímulos dolorosos	
1b. Orientação (idade e mês) Resposta tem de ser correta, não há nota parcial. Paciente com afasia ou com alteração do nível de consciência, que não compreende as perguntas, receberão 2. Pacientes com intubação endotraqueal, trauma, disartria grave ou qualquer problema não secundário a afasia receberão 1.	0 = ambas corretas 1 = uma questão correta 2 = ambas incorretas	
1c. Comandos (abrir e fechar olhos e apertar e soltar a mão) Realizar com a mão não parética. Substituir por outro comando se as mãos não puderem ser utilizadas. Crédito se a tentativa for realizada, mas não completada devido ao déficit neurológico. Se não responder ao comando devem ser utilizados gestos.	0 = ambas corretas 1 = uma tarefa correta 2 = ambas incorretas	
2. Motricidade ocular (voluntária ou olhos de boneca) Somente o olhar horizontal é testado. Se há parestia do III, IV ou VI nervo isolada marque 1. Testar em pacientes afásicos. Pacientes com trauma ocular, ou alteração dos campos visuais devem ser testados com movimentos reflexos. Todos pacientes devem ser testados.	0 = normal 1 = parestia do olhai conjugado 2 = desvio conjugado do olhar.	
3. Campos Visuais Se houver cegueira monocular os campos visuais do outro olho devem ser considerados. Se o paciente for cego por qualquer outra causa marque 3 Extinção: o paciente recebe 1 e os resultados são utilizados para responder a questão 11.	0 = normal 1 = hemianopsia parcial, quadrantanopsia, extinção 2 = hemianopsia completa 3 = cegueira cortical	
4. Parestia Facial Considere simetria da contração facial em resposta aos estímulos dolorosos nos pacientes com alteração do nível de consciência.	0 = normal 1 = parestia mínima (aspecto normal em repouso, sorriso assimétrico) 2 = parestia/segmento inferior da face 3 = parestia/segmentos superior e inferior da face.	
5. Motor membro superior Braços entendidos a 90° (sentado) ou a 45° (deitado) por 10 segundos. Iniciar com o lado não-parético. Paciente afásico utilizar gestos e não utilizar estímulos dolorosos.	0 = sem queda 1 = queda, mas não atinge o leito; 2 = força contra gravidade, mas não sustenta; 3 = sem força contra gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta 4 = sem movimento	E
		D
6. Motor membro inferior O paciente deitado deve elevar a perna a 30° por 5 segundos	0 = sem queda 1 = queda, mas não atinge o leito; 2 = força contra gravidade, mas não sustenta; 3 = sem força contra gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta 4 = sem movimento	E
		D
7 Ataxia apendicular Faça os testes index-nariz e calcanhar-joelho com os olhos abertos em ambos os lados. Ataxia é considerada somente se presente. Se o paciente estiver afásico ou plégico não considerar.	0 = sem ataxia (ou afásico, hemiplégico) 1 = ataxia presente em um membro; 2 = ataxia presente em dois membros.	
8.Sensibilidade dolorosa Paciente afásico ou com rebaixamento de consciência = 0 ou 1. AVC de tronco com déficit bilateral = 2. Se o paciente não responder e estiver tetraplégico marque 2. Pacientes em coma devem receber 2.	0 = normal 1 = déficit unilateral, mas reconhece o estímulo (ou afásico, confuso) 2 = paciente não reconhece o estímulo ou coma ou déficit bilateral.	
9. Linguagem Pedir para descrever o que está acontecendo na figura, nomear os objetos em anexo e ler as frases. Paciente intubado deve ser solicitado para escrever uma frase. O paciente em coma recebe 3. Paciente em mutismo que não consegue realizar nenhum comando = 3	0 = normal 1 = afasia leve-moderada (compreensível) 2 = afasia severa (quase sem troca de informações) 3 = mudo, afasia global, coma	
10. Disartria Paciente deve ler as palavras apresentadas no cartão.	0 = normal 1 = leve a moderada 2 = severa, ininteligível ou mudo. X = intubado	
11. Extinção/negligência Se houver grave déficit visual e os estímulos sensitivos normais deve ser considerado normal. Se paciente afásico, mas percebe ambos os lados, é considerado normal. A negligência deve ser considerada somente quando presente	0 = normal 1 = negligência ou extinção em uma modalidade sensorial 2 = negligência em mais de uma modalidade sensorial	
TOTAL DE PONTOS		

ESCALA DE RANKIN DE INCAPACIDADE MODIFICADA

Grau 0	Sem sintomas
Grau 1	Nenhuma incapacidade significativa, com capacidade para desempenhar todas as AVDs
Grau 2	Incapacidade leve, incapaz de realizar algumas atividades prévias de AVDs, mas com capacidade de cuidar de suas próprias atividades sem assistência
Grau 3	Incapacidade moderada, requerendo alguma ajuda mas com capacidade de caminhar sem assistência
Grau 4	Incapacidade moderadamente severa, incapacidade de caminhar e para atender a própria necessidade do corpo sem assistência
Grau 5	Incapacidade severa, confinado ao leito, incontinente e requerendo cuidados e atenção de enfermagem constante

ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO

Categoria	Avaliação	Escore	PONTOS
Alimentação	Totalmente dependente	0	
	Necessita de ajuda (para cortar)	5	
	Independente	10	
Banho	Não pode executar sem assistência	0	
	Executa sem assistência	5	
Toalete Pessoal	Necessita de ajuda	0	
	Lava o rosto, penteia cabelos e escova os dentes	5	
Vestuário	Totalmente dependente	0	
	Necessita de ajuda, mas faz pelo menos a metade da tarefa dentro de um período de tempo razoável	5	
	Independente, amarra sapatos, fixa fivelas e coloca adaptações	10	
Controle de Intestinos	Acidentes freqüentes	0	
	Acidentes ocasionais ou necessita auxílio com enema ou supositório	5	
	Sem acidentes e independente no uso de enemas ou supositórios, se for necessário	10	
Controle da Bexiga	Incontinência ou necessidade de uso de catéter	0	
	Acidentes ocasionais ou necessita de ajuda com o dispositivo	5	
	Sem acidentes, capaz de cuidar do dispositivo de coleta, se for usado	10	
Locomoção até o banheiro	Não usa banheiro, restrito ao leito	0	
	Necessita de ajuda para equilibrar-se, colocar as roupas, cortar o papel	5	
	Independente no banheiro	10	
Transferência da cama para a cadeira	Restrito ao leito não é possível o uso da cadeira	0	
	Capaz de sentar, mas necessita assistência máxima na transferência	5	
	Mínima assistência ou supervisão	10	
	Independente, inclusive nas travas da cadeira de rodas e levantar o suporte do pé	15	
Mobilidade e deambulação	Senta na cadeira de rodas mas não se impulsiona	0	
	Independente na cadeira de rodas por 50 m, não consegue caminhar	5	
	Caminha com ajuda por uma distância de 50 m	10	
	Independente por 50 m, pode usar dispositivos de auxílio, sem ser o andador com rodas	15	
Subir escadas	Não sobe escadas	0	
	Necessita de ajuda ou supervisão	5	
	Independente, pode usar dispositivo de auxílio	10	
TOTAL			

Escala FIM (Functional Independence Measure)

ITENS	Pontuação
CUIDADOS COM O CORPO	
Comer	
Aprontar-se	
Banho	
Vestir parte superior	
Vestir parte inferior	
Vaso sanitário	
CONTROLE DE ESFINCTER	
Controle da Bexiga	
Controle do intestino	
TRANSFERÊNCIA	
Cama, cadeira, cadeira de rodas	
Sanitário	
Banheira, chuveiro	
LOCOMOÇÃO	
Marcha, cadeira de rodas	
Escadas	
COMUNICAÇÃO	
Compreensão	
Expressão	
INTEGRAÇÃO SOCIAL	
Interação social	
Resolução de problemas	
Memória	

Pontuação:

- 1 = assistência total (indivíduo 0 a 25%);
- 2 = assistência máxima (indivíduo 25 a 50%);
- 3 = assistência moderada (indivíduo 50 a 75%);
- 4 = assistência com contato mínimo (indivíduo \geq 75%);
- 5 = supervisão ou preparação;
- 6 = independência modificada (ajuda técnica);
- 7 = independência completa (em segurança, em tempo normal)

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH

Ashworth B. Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis, Practitioner 1964;192:540-542

0	nenhum aumento no tônus muscular;
1	leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão;
1+	leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude de movimento articular restante;
2	aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente;
3	considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil;
4	parte afetada rígida em flexão ou extensão.

**ESCALA LAPSS
Los Angeles Prehospital Stroke Screen**

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO			
Idade > 45 anos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> NÃO
Não há história de crise epiléptica	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> NÃO
Sintomas neurológicos iniciaram a menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> NÃO
Paciente deambulava antes deste evento	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> NÃO

GLICEMIA entre 60 e 400 mg/dl	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
-------------------------------	------------------------------	------------------------------

EXAME (observar assimetrias)			
	DIREITA		ESQUERDA
FACE (sorriso e careteamento)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Paresia	<input type="checkbox"/> Paresia
APERTO DE MÃO	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Fraco <input type="checkbox"/> Ausência de movimento	<input type="checkbox"/> Fraco <input type="checkbox"/> Ausência de movimento
DEFICIT MOTOR MMSS	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Discreta queda <input type="checkbox"/> Queda rápida	<input type="checkbox"/> Discreta queda <input type="checkbox"/> Queda rápida

Baseado no exame há déficit motor unilateral?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
---	------------------------------	------------------------------

CRITÉRIOS SUGEREM POSSÍVEL AVC

Resposta SIM (ou desconhecida) em TODOS os itens acima	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
--	------------------------------	------------------------------

ESCALA DE CINCINATTI

- Desvio da rima labial:** pedir para sorrir forçadamente ou mostrar os dentes.
NORMAL: ambos os lados da face movem-se bem.
ANORMAL: um dos lados move-se menos ou não se move, desviando a rima para o lado oposto.
- Queda do membro superior:** com o paciente sentado e com os olhos fechados, pedir para levantar os braços à mesma altura e mantê-los na horizontal.
NORMAL: os braços se movem igualmente e assim se mantêm.
ANORMAL: um dos braços não se move ou vai caindo.
- Fala:** pedir para repetir a frase: "O Brasil é o país do futebol"
NORMAL: repete usando as palavras corretas e as pronuncia sem dificuldade.
ANORMAL: arrasta as palavras, usa palavras inapropriadas, ou é incapaz de falar.

Na presença de uma ou mais ocorrências anormais, deve-se suspeitar de AVC

NEUROLOGIA

Escala de HUNT & HESS

GRAU	DESCRIÇÃO
I.	assintomático, cefaléia discreta, rigidez de nuca leve
II.	cefaléia moderada a grave, rigidez de nuca, sem déficit exceto paresia de nervos cranianos
III.	sonolência, confusão mental, sinais focais leves
IV.	torpor, hemiparesia moderada a severa, alterações vegetativas
V.	coma profundo, rigidez de decerebração

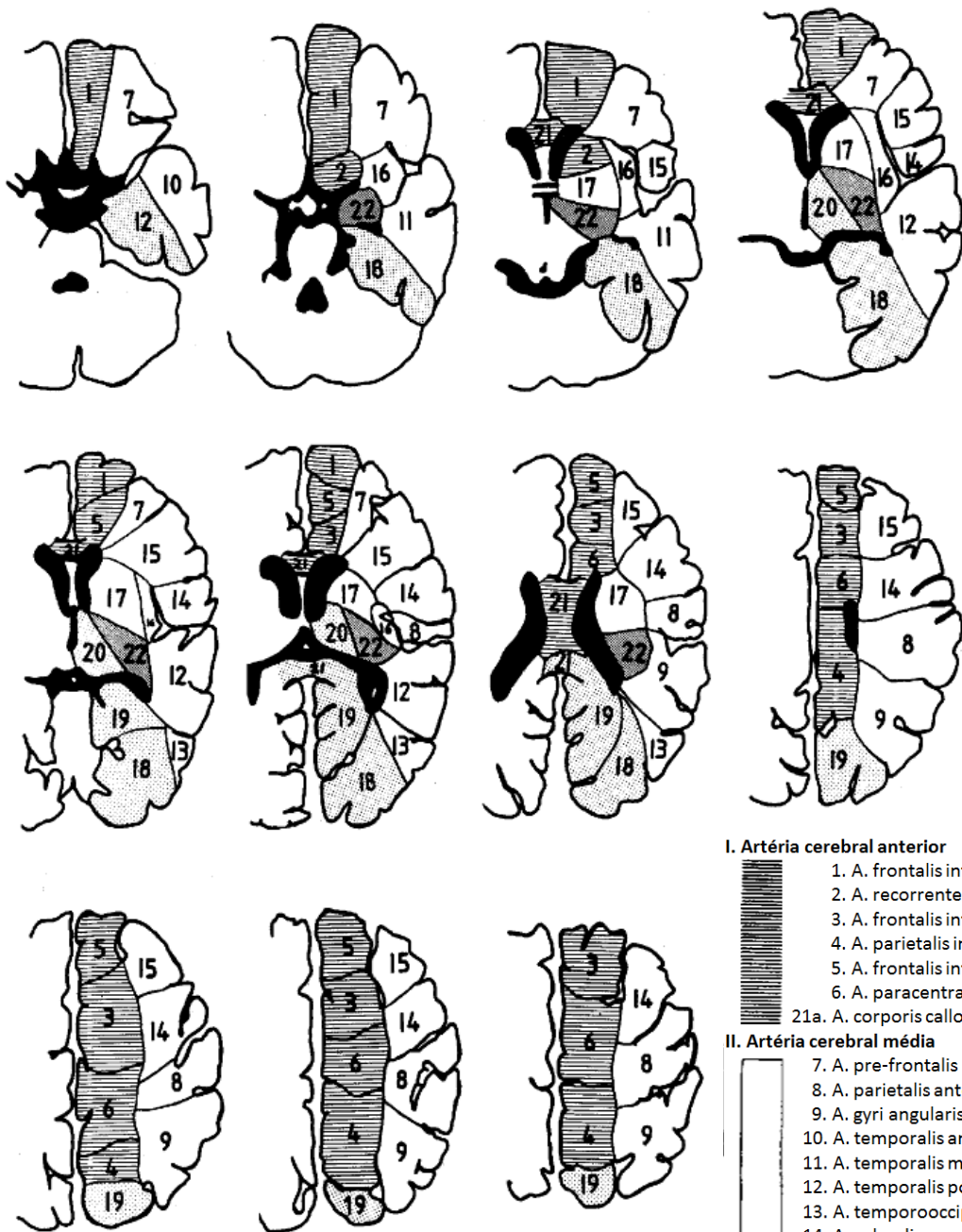
Escala de FISHER (sangramento)

GRAU	DESCRIÇÃO
I.	Não detectado
II.	Difuso ou espessura < 1mm
III.	Coágulo localizado ou espessura > 1mm
IV.	Hematoma intracerebral ou intraventricular com ou sem sangue no espaço subaracnóideo

ESCORE ABCD2

Critérios		Pontos
Age	≥ 60 anos	1
Blood pressure	≥ 140 x 80	1
Clinical features	Fraqueza muscular	2
	Disfasia sem fraqueza	1
Duration of symptoms	> 60 minutos	2
	10 – 59 minutos	1
Diabetes	Sim	1

TERRITÓRIOS VASCULARES CEREBRAIS



I. Artéria cerebral anterior

- 1. A. frontalis interna anterior
- 2. A. recorrente de Heubner
- 3. A. frontalis interna posterior
- 4. A. parietalis interna superior e inferior
- 5. A. frontalis interna média
- 6. A. paracentralis
- 21a. A. corporis callosi

II. Artéria cerebral média

- 7. A. pre-frontalis
- 8. A. parietalis anterior e posterior
- 9. A. gyri angularis
- 10. A. temporalis anterior
- 11. A. temporalis media
- 12. A. temporalis posterior
- 13. A. temporooccipitalis
- 14. A. rolandica
- 15. A. pre-rolandica
- 16. A. insulare
- 17. A. lenticulostriatæ

III. Artéria cerebral posterior

- 18. A. occipitotemporalis
- 19. A. parietooccipitalis e calcarina
- 20. A. talamoperforantes e choroidea posterior
- 21p. A. corporis callosi

IV. Artéria carótida interna

- 22. A. choroidea anterior

CLASSIFICAÇÃO DE BANFORD

síndrome da circulação anterior total (TACS)

paciente apresenta todas as 3 características

- distúrbio de função cortical (afasia, apraxia, agnosia, negligência, anosognosia, etc.)
- hemianopsia homônima
- déficit sensitivo e/ou motor envolvendo pelo menos duas das áreas: face, MS, MI

síndrome da circulação anterior parcial (PACS)

- paciente apresenta até 2 das características acima

síndrome lacunar (LACS)

- paciente apresenta síndrome lacunar típica:
hemiparesia motora pura, síndrome sensitiva pura, síndrome sensitivo-motora, ataxia-hemiparesia, disartria-clumsy hand (mão incoordenada)

síndrome da circulação posterior (POCS)

- paciente apresenta qualquer uma das seguintes características: paresia de nervos cranianos com déficit sensitivo/motor contralateral; déficit sensitivo/motor bilateral; síndrome cerebelar; hemianopsia homônima isolada

CLASSIFICAÇÃO TOAST

AVC Isquêmico - Subtipos	Descrição
<p>Aterosclerose de grandes vasos</p>	<p>CLÍNICA: evidência clínica de envolvimento do córtex (afasia, negligência, hemianopsia, fraqueza restrita), região subcortical, cerebelo, ou tronco cerebral. NEUROIMAGEM: TC ou RNM com evidência de infarto cortical, subcortical, cerebelar ou de tronco cerebral > 1.5 cm em diâmetro. OUTROS TESTES: Angiografia cerebral, Angio RNM, exames de carótida não-invasivos (US com Doppler), ou US com Doppler transcraniano deve sugerir uma estenose ou oclusão de 50% de uma artéria cerebral principal (carótida, tronco de artéria cerebral média ou ramo principal, intracraniano vertebral, basilar) de acordo com o AVC, por embolia de artéria-a-artéria ou baixo fluxo.</p>
<p>Cardioembolismo</p>	<p>CLÍNICA: evidência clínica de disfunção cortical, subcortical, cerebelar ou de tronco cerebral. NEUROIMAGEM: TC ou RNM com evidência de infarto cortical, subcortical, cerebelar, ou de tronco cerebral > 1.5 cm de diâmetro. OUTROS TESTES: testes cardíacos (eletrocardiografia, ecocardiografia, Holter, outros) devem apoiar fontes cardíacas de êmbolos que causam AVC.</p>
<p>Oclusão de Pequenos Vasos (lacunar)</p>	<p>CLÍNICA: Evidência de uma síndrome lacunar (hemiparesia motora pura, síndrome sensorial pura, síndrome sensório-motora, hemiparesia atáxica, síndrome de disartria de mão ataxia). Sem evidência de envolvimento cortical (afasia, hemianopsia com heminegligência, síndrome motora restrita). Hipertensão e diabetes preexistentes apóiam este diagnóstico. NEUROIMAGEM: TC ou as RNM são normais ou mostram um pequeno infarto subcortical ou de tronco cerebral compatível com sintomas (<1.5 cm de diâmetro). OUTROS TESTES: Resultados de outros testes não sugerem aterosclerose de grandes vasos ou fontes cardioembólicas de AVC.</p>
<p>AVC agudo por causa determinada</p>	<p>CLÍNICA: evidência clínica de um AVC agudo por uma causa excepcional mas identificada (p. ex., vasculite, estado de hipercoagulação, anormalidades hematológicas). NEUROIMAGEM: TC ou RNM com evidência de AVC agudo, apesar de tamanho ou posição. OUTROS TESTES: (ex. angiografia, exames hematológicos) devem sugerir uma causa excepcional para o AVC.</p>
<p>AVC por causa indeterminada</p>	<p>Esta categoria inclui pacientes em quem a causa do AVC não pode ser determinada com nenhum grau de confiança. Isto inclui pacientes em que não houve nenhuma fonte óbvia para o AVC, pacientes em que uma avaliação incompleta ou superficial foi feita, e pacientes com duas ou mais causas potenciais de AVC, para que o médico seja incapaz de fazer um diagnóstico definitivo.</p>

CLASSIFICAÇÃO A-S-C-O

Grades for atherothrombosis (A)

1. Definitely a potential cause of the index stroke	<p>Atherothrombotic stroke defined as:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Patients with any atherosclerotic stenosis 70–99% in an intra-/or extracranial artery supplying the ischemic field diagnosed by level A or B evidence; or (b) Any atherosclerotic stenosis <70% in an intra-/or extracranial artery supplying the ischemic field with attached luminal thrombus diagnosed by level A or B evidence; or (c) A mobile thrombus in the aortic arch; or (d) Occlusion with imaging evidence of atherosclerosis in an intra-/or extracranial artery supplying the ischemic field.
2. Causality uncertain	<ul style="list-style-type: none"> (a) Patients with any atherosclerotic stenosis 70–99% in an intra-/or extracranial artery supplying the ischemic field diagnosed by level C evidence; or (b) Any atherosclerotic stenosis <70% in an intra-/or extracranial artery supplying the ischemic field with attached luminal thrombus diagnosed by level C evidence; or (c) Aortic arch plaques >4 mm in thickness without a mobile component.
3. Unlikely a direct cause of index stroke (but disease is present)	<ul style="list-style-type: none"> (a) Presence of carotid or vertebral artery plaque without stenosis; or (b) Aortic arch plaque <4 mm; or (c) Stenosis (any degree) in a brain artery, contralateral to the brain infarction or in the opposite circulation (either posterior or anterior circulation); or (d) History of myocardial infarction or coronary revascularization or peripheral arterial disease.

Grades for small vessel disease (S)

1. Definitely a potential cause of the index stroke	<p>Association of:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Deep branch artery stroke: small, deep infarct with diameter <15 mm on MRI (or CT) in the territory corresponding to symptoms; and either (b) One or several old or silent lacunar infarcts in territories different from the index stroke; or (c) Leukoaraiosis on MRI (or CT), microbleeds on MRI (gradient echo imaging), dilatation of the perivascular spaces on MRI (or CT); or (d) Recent repeated similar TIAs – when they preceded the brain infarct by 1 month or less and attributable to the same territory as the subsequent BI (which increase the prediction for lacunar stroke from 57 to 80%, and are therefore supportive).
2. Causality uncertain	<ul style="list-style-type: none"> (a) Single, deep branch artery stroke; or (b) Clinical syndrome suggestive of deep branch artery stroke with no MRI/CT evidence of stroke (clinical syndrome suggestive of a deep branch artery stroke – classic lacunar syndromes: pure motor hemiparesis, pure sensory syndrome, ataxic hemiparesis, dysarthria clumsy-hand syndrome, and sensorimotor syndrome; or other ‘nonlacunar’ clinical syndromes. e.g. hemichorea, hemiballism, isolated dysarthria, etc.).
3. Unlikely a direct cause of index stroke (but disease is present)	<p>Leukoaraiosis on MRI (or CT), and/or microbleeds on MRI (gradient echo imaging), and/or dilatation of perivascular spaces on MRI (or CT), and/or one or several lacunar infarcts (silent or old) in territories different from the index stroke.</p>

Grades for cardioembolism (C)

1. Definitely a potential cause of the index stroke	<p>Cardioembolic stroke – demonstration of:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Mitral stenosis; (b) Prosthetic heart valve; (c) Myocardial infarction within the past 4 weeks; (d) Mural thrombus in left cavities; (e) Left ventricular aneurysm; (f) Any documented history or permanent or transient atrial fibrillation or flutter with or without spontaneous echo contrast or left atrial thrombus; (g) Sick sinus syndrome;
---	---

Grades for cardioembolism (C)

	(h) Dilated cardiomyopathy;
	(i) Ejection fraction <35%;
	(j) Endocarditis;
	(k) Intracardiac mass;
	(l) PFO plus in situ thrombosis;
	(m) PFO plus concomitant PE or DVT preceding the brain infarction.
2. Causality uncertain	(a) PFO and ASA;
	(b) PFO and concomitant DVT or PE (but not preceding the index stroke);
	(c) Spontaneous echo contrast;
	(d) Apical akinesia of the left ventricle and impaired ejection fraction (but >35%);
	(e) Only suggested by history of myocardial infarction or palpitation and multiple repeated brain infarcts on both sides or in both the anterior and posterior circulation;
	(f) Only suggested by abdominal CT/MRI or autopsy demonstration of the presence of systemic infarction (e.g. kidney, splenic, mesenteric) or lower limb embolism (in addition to the index stroke).
3. Unlikely a direct cause of index stroke	One of the following abnormalities: PFO, ASA, valvular strands, mitral annulus calcification, calcified aortic valve, nonapical akinesia of the left ventricle.

Grades for other causes (O)

1. Definitely a potential cause of the index stroke (examples)	(a) Arterial dissection by A or B evidence (table 3);
	(b) Dolichoectasia with complicated aneurysm;
	(c) Polycythemia vera, thrombocythemia >800,000/mm ³ ;
	(d) Lupus erythematosus;
	(e) Disseminated intravascular coagulation;
	(f) Criteria for antiphospholipid antibody syndrome;
	(g) Fabry's disease;
	(h) Concomitant meningitis;
	(i) Sickle cell disease;
	(j) Ruptured cerebral aneurysm with or without demonstration of spasm in the territory of the brain infarct;
	(k) Homozygote for hyperhomocystinuria.
2. Causality uncertain	(a) Arterial dissection diagnosed by level C evidence (see table 3; only suggestive history or clinical syndrome, e.g. isolated acute painful Horner's syndrome, or only history of previous dissection);
	(b) Fibromuscular dysplasia.
3. Unlikely a direct cause of index stroke (but disease is present)	(a) Kinking or dolichoectasia without complicated aneurysm or plicature;
	(b) Arteriovenous malformation or saccular aneurysm;
	(c) Thrombocytosis >450,000 and <800,000/mm ³ ;
	(d) Antiphospholipid antibodies <100 GPL units;
	(e) Mild hyperhomocysteinemia heterozygote.

TIA = Transient ischemic attack; BI = brain infarction; PFO = patent foramen ovale; PE = pulmonary embolism; ASA = Atrial septal aneurysm; DVT = deep vein thrombosis. In the absence of disease the grade is 0. In case of insufficient work-up and that the patient cannot be graded, the grade is 9.