

O PSC foi desenhado para ser um checklist simples e “fácil de fazer” para suprir os aspectos mais amplos da qualidade de vida, depois do acidente vascular cerebral e deve ser conduzido com o paciente e com a ajuda do cuidador, se for necessário.

INSTRUÇÕES PARA O USO:

Por favor, faça ao paciente cada uma das perguntas numeradas e marque a resposta na seção “resposta”. Se a resposta for “**Não**”, observar o progresso do paciente. Se a resposta do paciente for “**Sim**”, realizar o direcionamento apropriado. Please note that the actions described in this version are for guidance and the ‘If Yes’ and ‘If No’ text boxes (highlighted in yellow) can and should be edited for local implementation.

1. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Desde seu AVC ou de sua última avaliação, você recebeu alguma orientação de saúde relacionada às mudanças de estilo de vida ou medicamentos para prevenir outro acidente vascular cerebral?

☐ **NÃO**

Em caso negativo, encaminhar a um Clínico Geral ou um Neurologista para avaliação dos fatores de risco e o tratamento apropriado, se for o caso

☐ **SIM**

Observar o Progresso

2. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

Desde seu AVC ou de sua última avaliação, você tem encontrado mais dificuldades para cuidar de si mesmo?

☐ **NÃO**

Observar o Progresso

☐ **SIM**

Tem dificuldades para vestir-se, lavar-se e / ou tomar banho?

Tem dificuldades para preparar suas refeições?

Tem dificuldades para sair de casa?

Em caso afirmativo, encaminhar a um Clínico Geral, médico de reabilitação ou um terapeuta apropriado (p.ex.: TO* ou FT**) para uma avaliação adicional

3. MOBILIDADE

Desde seu AVC ou de sua última avaliação, você tem encontrado mais dificuldades para andar ou mover-se com segurança, como por exemplo, da cama até uma cadeira?

☐ **NÃO**

Observar o Progresso

☐ **SIM**

Continua recebendo terapia de reabilitação?

Em caso afirmativo atualizar registro do paciente e revisá-lo na próxima avaliação

Em caso negativo, encaminhar a um Clínico Geral, médico de reabilitação ou um terapeuta apropriado (p.ex.: TO* ou FT**) para avaliação adicional

4. ESPASTICIDADE

Desde seu AVC ou de sua última avaliação, você tem percebido aumento de rigidez em seus braços, mãos e / ou pernas?

☐ **NÃO**

Observar o Progresso

☐ **SIM**

Isto interfere nas atividades da vida diária, no sono ou mesmo causando dor?

Em caso afirmativo encaminhar o paciente a um médico especialista em espasticidade Pós-AVC (p. ex.: médico de reabilitação ou Neurologista especialista em AVC) para avaliação adicional

Em caso negativo atualizar registro do paciente e revisá-lo na próxima avaliação

5. DOR

Desde seu AVC ou de sua última avaliação, você tem sofrido algum novo tipo de dor?

☐ **NÃO** →

Observar o Progresso

☐ **SIM** →

Em caso afirmativo, encaminhar a um médico especialista em dor Pós-AVC para avaliação adicional e diagnóstico

6. INCONTINÊNCIA

Desde seu AVC ou de sua última avaliação, você tem observado mais problemas para controlar sua bexiga ou seu intestino?

☐ **NÃO** →

Observar o Progresso

☐ **SIM** →

Em caso afirmativo, encaminhar a um médico especialista em incontinência urinária/fecal

7. COMUNICAÇÃO

Desde seu AVC ou de sua última avaliação, tornou-se mais difícil sua comunicação com os demais?

☐ **NÃO** →

Observar o Progresso

☐ **SIM** →

Em caso afirmativo, encaminhar a um médico especialista em fala e linguagem para avaliação adicional

8. HUMOR/DISPOSIÇÃO

Desde seu AVC ou de sua última avaliação, você se sente mais ansioso ou deprimido?

☐ **NÃO** →

Observar o Progresso

☐ **SIM** →

Em caso afirmativo, encaminhar a um médico ou psicólogo especialista em alterações de ânimo Pós-AVC para avaliação adicional

9. COGNIÇÃO

Desde seu AVC ou de sua última avaliação, tornou-se mais difícil pensar, concentrar-se ou lembrar-se das coisas?

☐ **NÃO** →

Observar o Progresso

☐ **SIM** →

Isto interfere em suas atividades diárias?

Em caso afirmativo, encaminhar a um médico ou Psicólogo especialista em cognição Pós-AVC para avaliação adicional

Em caso negativo, atualizar o registro do paciente e revisá-lo na próxima avaliação

10. VIDA PÓS-AVC

Desde seu AVC ou de sua última avaliação, ficou mais difícil realizar (por exemplo, atividades de lazer, hobbies, trabalho, assim como as relações com seus familiares, quando for o caso)?

☐ **NÃO** →

Observar o Progresso

☐ **SIM** →

Em caso afirmativo, encaminhar a um grupo local de suporte Pós-AVC ou a uma associação Pós-AVC (p.ex. ABAVC – Associação Brasileira de AVC)

11. RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA

Desde seu AVC ou de sua última avaliação, o relacionamento com sua família tornou-se mais difícil ou estressante?

☐ **NÃO** →

Observar o Progresso

☐ **SIM** →

Em caso afirmativo, programar a próxima visita com o paciente e um membro da família. Se o membro da família estiver presente encaminhar a um grupo local de apoio Pós-AVC