

Protocolo de Anamnese da Deglutição da Universidade de Aveiro
(University of Aveiro's Swallowing Case History Form)

Citar da seguinte forma:

Luís Miguel Teixeira de Jesus, Maria da Assunção Coelho de Matos, Rita Vanessa Rodrigues Loureiro e Andreia Filipa Dias Batista (2010). Protocolo de Anamnese da Deglutição da Universidade de Aveiro (Processo INPI 464666 com despacho de concessão em 27/8/2010, inserido no Boletim da Propriedade Industrial Número 2010/08/31 (168/2010); Deferimento pela IGAC em 27/05/2010). Disponível em Advanced Communication and Swallowing Assessment (ACSA) acsa.web.ua.pt

Quote as:

Luís Miguel Teixeira de Jesus, Maria da Assunção Coelho de Matos, Rita Vanessa Rodrigues Loureiro and Andreia Filipa Dias Batista (2010). Protocolo de Anamnese da Deglutição da Universidade de Aveiro (University of Aveiro's Swallowing Case History Form) - INPI Registration Number 464666 and IGAC Registration 27/05/2010. Available from Advanced Communication and Swallowing Assessment (ACSA) acsa.web.ua.pt

Data:

Dados fornecidos por:

Terapeuta da Fala:

1. Identificação Pessoal

Nome:

Data de Nascimento:

Idade:

Sexo: Masculino Feminino

Escolaridade:

Profissão:

Morada:

Cuidador/Acompanhante:

Contactos:

2. Motivo da consulta

Encaminhado por:

Motivo/Queixas/Percepção da causa:
(início e evolução)Expectativas em relação à Terapia da Fala:
(Registar a intervenção em Terapia da Fala anterior)

3. História Sócio-Familiar

Agregado familiar/Círculo Social:

- Masculino
- Feminino
- Falecido
- / Divórcio/Separação

Situação social:

(e.g., disponibilidade da assistência e facilidade de transporte, principais actividades da vida diária)

Impacto social e emocional para o utente e família:

4. História clínica

Diagnóstico médico primário (início e evolução) e estado geral de saúde:

Profissionais envolvidos (nome e contacto):

Antecedentes clínicos:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoolismo _____ | <input type="checkbox"/> Doença pulmonar _____ |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo _____ | <input type="checkbox"/> Cirurgia _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão _____ | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

Medicação actual:

Dados de exames complementares

(e.g., TAC, RMN, Nasoendoscopia ou Videofluoroscopia)

Internamento hospitalar: Não Sim

Período:

Local:

Internamento em UCI: Não Sim **Período:**
(Coma, entubação, respiração artificial - período)

Outras observações:

(Traqueostomia, cânula (insuflação do cuff), válvula de fala, convulsões, pneumonias)

5. Comunicação

Canal preferencial de comunicação:

Estratégias utilizadas para uma comunicação efectiva:

Alteração da comunicação: Anterior Posterior Concomitante
(Relativamente à dificuldade de deglutição)

Alteração da linguagem: Não Sim

Dificuldades de articulação: Não Sim

Alteração vocal: Não Sim

Perturbações Visuais: Não Sim

Perturbações Auditivas: Não Sim

Estado de alerta: Preservado Alterado

Capacidade de seguir instruções: Preservado Alterado

6. Capacidades Motoras

Alterações motoras: Hemiparésia _____
 Hemiplegia _____
 Paraplegia _____
 Tetraplegia _____
 Outro _____

Modo de locomoção:
(e.g. autonomia motora e ajudas necessárias)

7. Postura

Posição habitual do corpo

Sentado erecto
 Sentado inclinado (sem suporte): Dta. Esq. Para a frente Para trás
 Sentado com aparelho de suporte
Especifique:

Mudança de posição corporal: Autónomo Com ajuda Dependente

Outras descrições:

Posição habitual da cabeça

Simétrica
 Flexão Extensão Lateralização Rotação
 Dta. Esq. Dta. Esq.

Mudança de posição da cabeça: Autónomo Com ajuda Dependente

Outras descrições:

8. Higiene Oral

Hábitos de higiene oral: Não Sim

Autonomia: Não Sim

Quem faz:

Método e utensílios usados:

9. História alimentar

Via de alimentação **prévia**: Via oral Alternativa Mista
Observações:

Via de alimentação **actual**: Via oral Alternativa Mista

Via oral

Apetite/ Prazer alimentar:

Autonomia alimentar:
(quem alimenta e potencial para autonomia alimentar)

Adaptações efectuadas na alimentação:
(consistências, temperatura, velocidade de alimentação, volume, postura, utensílios, motivos e quem recomendou)

Duração média de refeição:

Frequência de alimentação:

Preferências e restrições alimentares:
(motivo)

Vómito: Não Sim

Tosse: Não Sim

Engasgamento: Não Sim

Regurgitação: Não Sim

Dor na deglutição: Não Sim

Refluxo gastroesofágico: Não Sim Frequência:

Momento: Após a alimentação Ao deitar-se Minutos ou horas depois da alimentação

Necessidade de manobras de desbloqueamento da via aérea:
(e.g. Manobra de Heimlich)

Capacidade de controlo da saliva: Sim Não

Sialorreia: Não Sim

Xerostomia: Não Sim

Perda de peso: Não Sim Especifique:

Desidratação: Não Sim

Desnutrição: Não Sim

Via alternativa de alimentação

Sonda Orogástrica Sonda Nasogástrica Jejunostomia

Sonda Nasoentérica Gastrostomia Endovenosa

Desde:

Volume administrado:

Administrado por:

Posicionamento durante a alimentação:

Tempo de refeição:

Frequência de alimentação:

Observações