

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?	<input type="checkbox"/> NÃO →		
	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> NÃO →	Observar o Progresso	
	<input type="checkbox"/> SIM →	Tem dificuldades para vestir-se, lavar-se e / ou tomar banho?	
	Tem dificuldades para preparar suas refeições?		
		Tem dificuldades para sair de casa?	

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?	<input type="checkbox"/> NÃO →	Observar o Progresso	
	<input type="checkbox"/> SIM →	Continua recebendo terapia de reabilitação?	

4. ESPASTICIDADE

Desde seu AVC ou de sua última avaliação, você tem percebido aumento de rigidez em seus braços, mãos e / ou pernas?	<input type="checkbox"/> NÃO →	Observar o Progresso	
	<input type="checkbox"/> SIM →	Isto interfere nas atividades da vida diária, no sono ou mesmo causando dor?	

5. DOR

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

NÃO →

Observar o Progresso

SIM →

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 →

7. COMUNICAÇÃO

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

NÃO →

Observar o Progresso

SIM →

8. HUMOR/DISPOSIÇÃO

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

NÃO →

Observar o Progresso

SIM →

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?

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 →

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 →

*Terapeuta Ocupacional; ** Fisioterapeuta

Adapted from: Philip I, et al. Development of a Poststroke Checklist to Standardize Follow-up Care for Stroke Survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. December 2012. Endorsed by the World Stroke Organization to support improved stroke survivor follow-up and care