



HOSPITAL

Protocolo de Avaliação da Deglutição e Risco de Broncoaspiração

COLE AQUI A ETIQUETA

NOME COMPLETO	
PRONTUÁRIO	REGISTRO/ATENDIMENTO
CONVÊNIO	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO
DATA INTERNAÇÃO	HORA

Fonoaudióloga Avaliadora:
Data da avaliação:
Hora solicitada:
Hora realizada:

AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA DEGLUTIÇÃO			
LÁBIOS	*Simetria: () Normal () Desvio de comissura (_____)		
	*Protusão: () Normal () Alterada		
	*Retração: () Normal () Alterada		
	*Sensibilidade: () Normoestesia () Hipoestesia () Hiperestesia		
LÍNGUA	*Tônus: () Normotônica () Hipotônica () Hipertônica		
	*Mobilidade () Normal () Alterada		
	*Resistência: () Presente () Ausente		
	*Sensibilidade: () Normoestesia () Hipoestesia () Hiperestesia		
PALATO	*Mole: () Normal () Alterado	*Duro: () Normal () Atrésico	
MANDÍBULA/ATM/DENTIÇÃO (Desvio / Força / Reflexo de mordida / Uso de prótese e qualidade)			
LARINGE	*Qualidade vocal: () Disfonia () Afonia () Voz molhada		
	() Clareamento espontâneo () Voluntário		
	*Elevação laríngea: () Suficiente () Insuficiente () Ausente		
TOSSE	() Incapaz () Ineficaz () Eficiente		
REFLEXO NAUSEOSO	() Presente () Posterior () Ausente		
<p>• <i>Apresentando:</i> assimetria + alteração na sensibilidade de língua + disfonia, afonia ou voz molhada + tosse ineficaz</p> <p>• <i>Conduta:</i> Finalização do teste (RESULTADO 01) ➡ INICIAR TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA</p> <p>Neste caso a reavaliação acontecerá diariamente durante os atendimentos fonoaudiológicos e neles também dar-se-ão a decisão de data para aplicação da avaliação direta com prazo máximo de 2 (duas) semanas ou revisão de conduta.</p>			

AVALIAÇÃO DIRETA DA DEGLUTIÇÃO	Data:
Impressão atual das alterações encontradas na avaliação direta:	

Deverá ser realizada com a consistência semi-líquida (água + espessante alimentar)	
Etapa de oferta: 10ml / 50 ml / 70m	
Sinais vitais prévios a oferta: FC (bpm) / FR (rpm) / SPO2 (%)	
* Escape Oral Anterior:	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente
* Tempo de Trânsito oral:	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Lento
* Refluxo nasal:	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente
* Número de deglutições:	<input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Múltiplas <input type="checkbox"/> Ausente
* Elevação da Laringe:	<input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Reduzida <input type="checkbox"/> Ausente
* Ausculta Cervical:	<input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Alterada antes e após <input type="checkbox"/> Alterada após a deglutição
* Qualidade Vocal:	<input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Disfonia <input type="checkbox"/> Voz Molhada <input type="checkbox"/> Clareamento Espontâneo <input type="checkbox"/> Clareamento Voluntário
* Saturação:	<input type="checkbox"/> Inalterada <input type="checkbox"/> Queda para (% SPO2)
* Tosse	<input type="checkbox"/> Ausência / <input type="checkbox"/> Presença - <input type="checkbox"/> Voluntária - <input type="checkbox"/> Reflexa - <input type="checkbox"/> Forte - <input type="checkbox"/> Fraca /
* Na deglutição:	<input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Após
* Havendo engasgos, considere:	<input type="checkbox"/> com rápida recuperação <input type="checkbox"/> com dificuldade de recuperação

* Outros sinais: () Cianose () Broncoespasmo () Alterações dos sinais vitais

CLASSIFICAÇÃO DA DISFAGIA ORO FARÍNGEA
() Deglutição normal () Leve () Moderada () Grave
Uma vez realizada a Avaliação Direta considerar RESULTADO 02 para aplicação do protocolo de AVE
<p>- DEGLUTIÇÃO NORMAL: Alta fonoaudiológica com orientações gerais e comunicação e comunicação com equipe médica e nutricional.</p> <p>- LEVE: alteração do esfíncter labial, incoordenação de língua, atraso para desencadear a deglutição, ausência de tosse, sem redução acentuada da elevação da laringe, sem alteração da qualidade vocal após a deglutições ausculta cervical sem alteração.</p> <p>- MODERADA: alteração do esfíncter labial, incoordenação de língua, atraso no disparo da deglutição, ausência de tosse, presença de tosse antes, durante ou após a deglutição.</p> <p>- GRAVE: atraso ou ausência da deglutição, redução na elevação de laringe, ausência de tosse, presença de tosse antes durante ou após a deglutição, alteração da qualidade vocal após a deglutição, alteração respiratória evidente, deglutição incompleta e ausculta cervical alterada.</p>

CONDUTA
- DEGLUTIÇÃO NORMAL: DIETA ORAL COM SUPERVISÃO NUTRICIONAL.
- DISFAGIA LEVE: ACOMPANHAMENTO DA DIETA OU TESTE ORAL PELO FONOAUDIOLÓGO E/OU ENFERMAGEM NA CONSISTÊNCIA DESCRITA PLO FONOAUDIOLÓGICO.
- DISFAGIA MODERADA: ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO E/OU DIETA SOB SUPERVISÃO FONOAUDIOLÓGICA NA CONSISTÊNCIA SEMI LÍQUIDA.
- DISFAGIA GRAVE: VIA ALTERNATIVA DE ALIMENTAÇÃO E TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA.

* Escape Oral Anterior:	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Presente				
* Tempo de Trânsito oral:	<input type="checkbox"/> Adequado	<input type="checkbox"/> Lento				
* Refluxo nasal:	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Presente				
* Número de deglutições:	<input type="checkbox"/> Única	<input type="checkbox"/> Múltiplas	<input type="checkbox"/> Ausente			
* Elevação da Laringe:	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Reduzida	<input type="checkbox"/> Ausente			
* Ausculta Cervical:	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Alterada antes e após	<input type="checkbox"/> Alterada após a deglutição			
* Qualidade Vocal:	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Disfonia	<input type="checkbox"/> Voz Molhada	<input type="checkbox"/> Clareamento Espontâneo	<input type="checkbox"/> Clareamento Voluntário	
* Saturação:	<input type="checkbox"/> Inalterada	<input type="checkbox"/> Queda para (_____ % SPO2)				
* Tosse	<input type="checkbox"/> Ausência /	<input type="checkbox"/> Presença -	<input type="checkbox"/> Voluntária -	<input type="checkbox"/> Reflexa -	<input type="checkbox"/> Forte -	<input type="checkbox"/> Fraca /
* Na deglutição:	<input type="checkbox"/> Antes	<input type="checkbox"/> Durante	<input type="checkbox"/> Após			
* Havendo engasgos, considere:	<input type="checkbox"/> com rápida recuperação	<input type="checkbox"/> com dificuldade de recuperação				

Avaliador (carimbar)

Data _____