

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NEONATAL OU PEDIÁTRICO inquérito aos 24 meses de evolução

Caro Colega, agradecemos o preenchimento deste questionário, referente aos primeiros 24 meses de evolução do caso notificado, e o seu rápido reenvio no envelope pré-pago. Por favor, responda ao maior número possível de questões utilizando maiúsculas. A informação recolhida é confidencial e só para uso em investigação médica. **Muito obrigado pela colaboração.**

mês ____|____|

Nome ou vinheta do notificador nº de código ____|____|_____|

Telefone ____|____|_____|_____|_____| ou ____|____|_____|_____|_____|

Fax ____|____|_____|_____|_____|

E-mail.....Médico Assistente.....

1. Nome do doente (iniciais) ____|____|_____|

3. Data de nascimento ____|____|_____|_____| 4. Sexo : M ____| F ____|

O inquérito já foi respondido por outro notificador ____| Se o souber, indique o nº de código ____|____|_____|

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Exame neurológico aos 24 meses:

.....

Sequelas: afasia ____| paralisia facial ____| hemiplegia ____| grau?

disfunção motora da mão ____| hemi-hipostesia ____| hemianópsia ____|

ataxia ____| disartria ____| outra

Incapacidade (de acordo com a escala):

sem sintomas e sem incapacidade

sem incapacidade significativa apesar da presença de sintomas; capaz de realizar todas as actividades prévias.

incapacidade ligeira; precisa de ajuda para algumas actividades.

incapacidade moderada requerendo alguma ajuda; anda sem apoio.

incapacidade moderada a grave; incapaz de andar sem ajuda.

incapacidade grave; não anda, mesmo com apoio.

Desenvolvimento psicomotor (preferência, até aos 8 anos de idade, teste de Griffiths; WISC após os 8 anos):

- Griffiths: IO total ____| subescalas: PS ____| AL ____| M ____| P ____| RP ____|

- WISC: IO total ____|_____|

Avaliação audiológica: normal ____| défice ligeiro ____| défice moderado ____|
 défice grave ____| não realizada ____|

Avaliação oftalmológica: normal ____| défice ligeiro ____| défice moderado ____|
 défice grave ____| especifique: ____| / ____| não realizada ____|

Escolaridade após o AVC: sim ____| não ____|

- Aproveitamento (se possível, TRF - Teacher| Report Form):

Problemas emocionais? sim não

Problemas comportamentais? sim não

Outras doenças nos últimos 18 meses? sim não

- Quais?

Óbito: sim não data ..

Causa

Autópsia: sim não

EXAMES COMPLEMENTARES

Eco TF: normal alterada não realizada

TC CE: normal alterada não realizada

RM CE: normal alterada não realizada

EEG: normal alterado não realizado

Outros:

TERAPÊUTICA

Medicação: sim não qual

Apoio de: fisioterapia estimulação precoce estimulação global

Apoio nutricional: gastrostomia sim não sonda naso-gástrica sim não

REPERCUSÃO NA FAMÍLIA

Estrutura mantida apoio psiquiátrico suicídio / toxicod dependência separação

Nome e contacto do médico assistente da criança

Data de preenchimento do inquérito ..

Acidente Vascular Cerebral Pediátrico - Investigadores principais:

Henedina Antunes, pediatra, Hospital de São Marcos (Braga). *henedinaantunes@gmail.com* (Coordenadora)

José Pedro Vieira, neuropediatra, Hospital Dona Estefânia (Lisboa); Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. *josepedrovieira@hotmail.com*

José Paulo Monteiro, neuropediatra, Hospital Garcia de Orta (Almada); Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. *neuroped@hgo.min-saude.pt*

Filomena Pinto, neonatologista, Maternidade Dr. Alfredo da Costa (Lisboa); Secção de Neonatologia da SPP. *moreirapinto@netcabo.pt*

Lucília Norton, pediatra, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (Porto); Sociedade de Hemato-Oncologia da SPP. *lucilia.norton@ipoporto.min-saude.pt*