

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PARA TRAUMAS DE FACE

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: _____
Nº Prontuário: _____ Leito: _____ Data de internação: ____/____/____
Data da Avaliação: ____/____/____ DN: ____/____/____ Sexo: () M () F
RG.: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____
Responsável/cuidador: _____
Endereço: _____ Telefone: _____
Diagnóstico Médico: _____
Queixa principal: _____

HISTÓRIA DO TRAUMA

Data do trauma: _____
Etiologia: _____
Tratamento: () conservador () cirúrgico
Apresenta dor em face? () Não () Sim
Presença de má oclusão? () Não () Sim
Ouve apitos ou zumbidos? () Não () Sim
Apresenta limitação na abertura de boca? () Não () Sim
Tipo de dieta atual: () Líquida () Pastosa () Sólida adaptada () Sólida normal
Via de administração de dieta: () Oral () SOG () SNE () SNG () GTT () parenteral
Dificuldade em mastigar? () Não () Sim
Ao mastigar ouve estalos? () Não () Sim
Dificuldade ou dor ao deglutir: () não () sim _____
Engasgos ou tosse durante alimentação: () Sim () Não
Alteração sensibilidade? () Não () Sim
Respiração: () Nasal () bucal () mista () traqueostomia () VMI () suporte O2
Comunicação: () oral () gestual () escrita
Alterações ou dificuldade para falar (articulação, voz, clareza): () Sim () Não
Compreensão: () preservada () alterada
Situação emocional / impacto psicológico (autoimagem, funcionalidade): _____

EXAME FÍSICO

Spo2: _____ T: _____ Pa: _____ Fr: _____

Postura Corporal

() organizada () desorganizada

Aspectos gerais da face

Assimetria facial presente? () Não () Sim Localização: _____

Equimose/hematoma visível? () Não () Sim Localização: _____

Cicatriz ou ponto cirúrgico presente? () Não () Sim Detalhar: _____

Mobilidade mandibular (abertura, protrusão, lateralidade): medir com paquímetro

Abertura máxima (mm): _____ mm

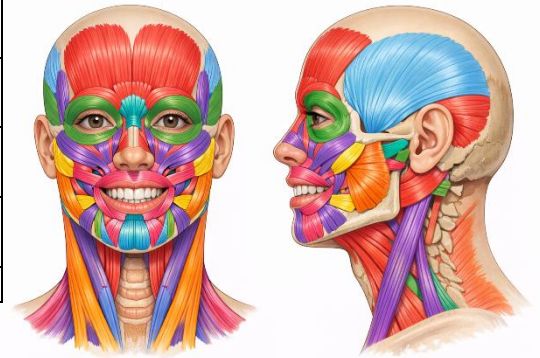
Desvio na abertura: () Sim () Não Direção: _____

Ruído articular (estalido/crepitação): () Sim () Não

Avaliação dos músculos da face, mímica e da mastigação: assinalar com o número correspondente nos prováveis músculos envolvidos no trauma:

M.temporal (1)	M. levantador do lábio superior (6)	M. corrugador do supercílio (11)
M. masseter (2)	M. levantador do ângulo da boca (7)	M. abaixador do supercílio (12)
M. bucinador (3)	M. abaixador do lábio inferior (8)	M. Esternoceidomastóideo (13)
M. orbicular da boca (4)	M. abaixador do ângulo a boca (9)	M. trapézio (14)
M. mental (5)	M. orbicular do olho (10)	

Figura 1 – Estrutura facial gerada por IA



Fonte: ChatGPT/OpenAI, 2025

Tônus muscular: () normal
 () aumentado _____
 () diminuído _____

Dor à palpação: () Não
 () Sim _____

Mobilidade: () normal
 () reduzida _____

Sensibilidade: () normal
 () alterada _____

Lábios:

Postura em repouso: () fechados () entreabertos () abertos

Tônus muscular: () adequado () hipertônico () hipotônico

Mobilidade: () adequada () alterada

Exame intra-oral: marcar com x nos dentes ausentes

Edema, pontos ou tecido cicatricial? () Não () Sim

Ausência de elementos dentários: () Não () parcial () total

Uso de prótese dentária: () Não () Sim

Presença de dispositivos: () elásticos interdentários () ligaduras metálicas

Classificação da oclusão : () Classe I () Classe II () Classe III

Tipo de mordida: () cruzada unilateral () cruzada bilateral

() aberta anterior () aberta posterior () Profunda

Overjet (sobressalência): ____mm Overbite (sobremordida): ____mm

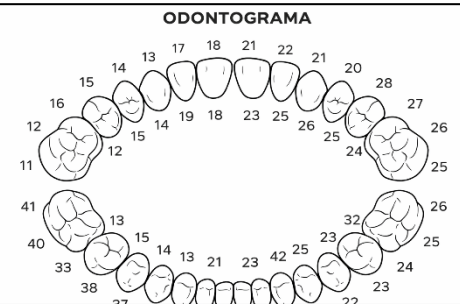
Linha média dentária coincide com facial? () Sim () Não () desvio D () desvio E

Mobilidade de língua: () adequada () inadequada

Sensibilidade de língua: () adequada () inadequada

Condições de higiene oral: () adequada () inadequada

Figura 1 – Odontograma gerada por IA



Fonte: ChatGPT/OpenAI, 2025

AValiação Funcional

A. Fala / Articulação

Fala	espontânea	contagem	Palavras-teste
Articulação	() precisa () imprecisa	() precisa () imprecisa	() precisa () imprecisa
Velocidade	() adequada () reduzida	() adequada () reduzida	() adequada () reduzida
Dor			

qualidade vocal : () normal () nasalizada () molhada

() Esforço () rouquidão

Coordenação pneumofonoarticulatória: () normal () alterada

B. Mastigação

Alimento teste: _____

Tempo estimado para mastigação: ____ minutos

dor: () Sim () Não

Mastigação lateralizada: () Não () Sim Lado preferido: _____

Capacidade de triturar alimentos sólidos: () adequada () comprometida

escape de alimento anterior ou lateral: () Sim () Não

C. Deglutição : avaliação direta (se permitido)

consistência	Líquido	Pastoso	Sólido
Tempo de trânsito oral	() normal () lento	() normal () lento	() normal () lento
tosse			
engasgo			
regurgitação nasal			
Vestígios na cavidade bucal			
Escape extraoral			
dor			

Movimentos compensatórios: () não () sim _____

Elevação laríngea visível durante deglutição: () normal () alterada

D. Respiração

Tipo respiratório: () nasal () oral () mista

() traqueostomia () VMI

Diagnóstico fonoaudiológico: _____

Conduta: _____

Outras anotações: _____

Fonoaudiólogo

responsável: _____