

ÉQUIPE D'INTERVENTION D'URGENCE

PATIENT AVC : LISTE DE VÉRIFICATION



PATIENT AVC : LISTE DE VÉRIFICATION

ÉQUIPE D'INTERVENTION D'URGENCE

PATIENT AVC : LISTE DE VÉRIFICATION « VITE »

NOM DU PATIENT :

DOB :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

Formulaire d'évaluation initiale

Heure des 1ers symptômes
(dernier moment connu d'état normal)³

Heure :

Dépistage AVC¹

	Normal	Anormal
<input type="checkbox"/> Visage affaissé	Les deux côtés du visage sont mobiles de la même façon	Un côté du visage est immobile
<input type="checkbox"/> Incapacité d'un bras	Les deux bras retombent de la même façon ou ne bougent pas	Un bras retombe plus vite que l'autre
<input type="checkbox"/> Trouble de la parole	Le patient emploie les mots justes et les articule bien	Les mots sont mal articulés ou inappropriés, ou le patient ne parle pas

☐ Diagnostic d'une suspicion d'AVC – **Transport immédiat vers un centre spécialisé AVC**

Prévenir l'hôpital en cours de route

- ☐ Prévenir l'équipe AVC
- ☐ S'assurer de l'accès immédiat à l'imagerie (scanner ou IRM) à l'arrivée
- ☐ Informer de la nécessité potentielle d'un traitement thrombolytique

Voies respiratoires, respiration et circulation (signes « ABC » – Airways, Breathing, Circulation)³

- ☐ Surélever le haut du corps à 30°
- ☐ Installer une voie IV (de préférence 2 cathéters pour injection intermittente, de gros calibre) et lancer une perfusion de NaCl à 0,9 %²
- ☐ Mesurer la saturation capillaire en oxygène et apporter de l'O₂ si nécessaire (prudence chez les patients BPCO)^{2, 3}

Mesure de la glycémie

mg/dL

- ☐ Hypoglycémie : < 50 mg/dL (< 2,8 mmol/L) – bolus IV de D-glucose ou perfusion d'une solution de glucose à 10-20 %²
- ☐ Hyperglycémie : > 180 mg/dL (10 mmol/L) – utiliser une solution de NaCl en IV et éviter les solutions glucosées. Demander à un médecin s'il est nécessaire de réaliser une titration de l'insuline.²

Pression artérielle

mmHg

- ☐ Hypotension : PAS ≤ 120 mmHg (pas de signes d'insuffisance cardiaque congestive) – 500 mL de solution d'électrolytes ou NaCl 0,9 % en IV.²
- ☐ Hypertension : PAS > 220 mmHg ; PAD > 120 mmHg – il est recommandé de faire baisser la PA avec prudence et sous surveillance médicale étroite. Éviter la nifédipine sublinguale. Envisager l'administration IV de labétalol ou d'urapidil.²

Antécédents médicaux actuels et récents

<input type="checkbox"/>	Troubles de la coagulation ou AVC récent
<input type="checkbox"/>	Diabète
<input type="checkbox"/>	Hypertension
<input type="checkbox"/>	Fibrillation auriculaire
<input type="checkbox"/>	Cancer
<input type="checkbox"/>	Traumatisme ou chute avant le début des symptômes
<input type="checkbox"/>	Procédures chirurgicales ou invasives récentes

Traitements en cours (veuillez préciser)

<i>En particulier les anticoagulants, les inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire</i>

Niveau des fonctions et de l'indépendance avant la survenue des symptômes

Évolution des symptômes

<input type="checkbox"/> Stable	<input type="checkbox"/> S'améliore	<input type="checkbox"/> S'aggrave
<input type="checkbox"/> Instable		

Nom du membre de l'équipe médicale d'urgence	Numéro de l'agent	Signature	Date
			Heure

Références :
1. Stroke.2016 Aug;47(8):1997-2002. 2. European Stroke Organization guidelines 2008. Cerebrovasc Dis 2008;25(5):457-507.
3. AHA/ASA Guideline. Stroke.2013;44:870-947

Ces listes de vérification vous sont fournies à titre d'exemple. Veuillez à les adapter aux réglementations et conseils de prescription applicables dans votre pays avant de les utiliser.