



Outil de mesure des indicateurs - Service de téléthrombolyse pour les cas AVC aigu

Important : Informations provenant du dossier médical

Nom du patient :

Numéro de téléphone :

Nom du centre d'origine :

Âge de la personne :

Sexe de la personne : Féminin Masculin

Date et heure de l'évènement :

| | | |
|---|----------------|---------|
| 1. Score ou interprétation documentée de l'Échelle Cincinnati par le SPU dans le dossier médical. | OUI Score : | NON |
| 2. Pré-alerte par les SPU documentée dans le dossier médical avant l'arrivée de la personne à l'urgence. | OUI | NON |
| 3. Date et heure de triage : 1 ^{er} contact. | Date (A/M/J) | Heure |
| 4. Date et heure de prise en charge par le médecin de l'urgence. | Date (A/M/J) | Heure |
| 5. Date et heure de la TDM faite (système radimage ou sur rapport du résultat). | Date (A/M/J) | Heure |
| 6. Date et heure de sortie de l'urgence. | Date (A/M/J) | Heure |
| 7. Est-ce qu'il y a eu des complications post administration de la thrombolyse? Si oui, laquelle ou lesquelles ? : | OUI | NON |
| 8. Indiquez la destination du patient à la sortie de l'urgence. <input type="checkbox"/> Admission au centre d'origine. <input type="checkbox"/> Soins intensifs <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation <input type="checkbox"/> Transfert <input type="checkbox"/> Autre CH <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Ressource intermédiaire <input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Unité de soins <input type="checkbox"/> Autre | | |
| 9. Si patient admis dans l'hôpital, indiquez sa destination à la sortie du centre d'origine ainsi que la date et l'heure. <input type="checkbox"/> Transfert <input type="checkbox"/> Autre CH <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation <input type="checkbox"/> Ressource intermédiaire <input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Décès Indiquez la cause du décès : Causes neurologiques : <input type="checkbox"/> Œdème cérébral et hypertension intracrânienne <input type="checkbox"/> Récidive AVC <input type="checkbox"/> Hémorragie intra cérébrale <input type="checkbox"/> Autres Causes non neurologiques: <input type="checkbox"/> Hémorragie systémique <input type="checkbox"/> Autres | Date : | Heure : |

©, Tous droit réservés CHUM, 2021

Commentaires généraux :

Complété par :

(Nom et fonction) : Date :

Faire parvenir une copie à Madame Siham Housni :

1. Par courriel : centre.tertiaire.dsi.chum@ssss.gouv.qc.ca Par télécopieur : 514 412-7865