

Protocole interdisciplinaire d'administration de thrombolyse chez un usager présentant un AVC ischémique aigu

PROTOCOLE-0026

Ce protocole s'inscrit dans les activités Inter-RUIS. Il vise à harmoniser les pratiques pour la clientèle présentant un AVC ischémique aigu admissible à la thrombolyse ou thrombolysée pour sept régions¹ du centre et de l'Ouest du Québec partenaires du CHUM.

Concepteurs 3^{ième} version 2023 :

Isabelle Sévigny	Conseillère en soins spécialisés - Sciences neurologiques, DSI, CHUM
------------------	--

Personnes consultées version 2023 :

Dre Nicole Daneault	Neurologue vasculaire, Cheffe du Département de neurovasculaire, CHUM
Dr Yan Deschaintre	Neurologue vasculaire, CHUM

Date de la création : 2016-06-15

Date de la révision : 2023-05-31

Prochaine révision prévue : 2026-05-31

PERSONNEL VISÉ

Médecins de la salle d'urgence, des soins intensifs et neurologues.

Infirmières et infirmiers de la salle d'urgence, de neurologie et des soins intensifs.

¹ Régions : Abitibi – Témiscamingue, Lanaudière, Outaouais, Laurentides, Montérégie, Mauricie – centre du Québec et Estrie.

UNITÉS DE SOINS

Unités de neurosciences, de l'urgence, des soins intensifs et de la radiologie.

CLIENTÈLE VISÉE

Personne ayant subi un accident vasculaire cérébraux (AVC) ischémiques aigus répondant aux critères de thrombolyse intraveineuse ([Annexe 1](#)).

La thrombolyse intraveineuse peut être considérée au-delà de 4,5 heures chez des personnes autonomes (mRS 0-1), avec imagerie avancée favorable (scan de perfusion ou IRM flair / diffusion) et en consultation avec un médecin spécialiste en AVC.

CONDITIONS D'EXERCICE

Toute personne victime d'un AVC se présentant dans les 4,5 heures suivant l'apparition des symptômes (et certaines personnes autonomes sélectionnées au-delà de 4,5 heures).

PRÉCAUTIONS ET RESTRICTIONS

Personne présentant des critères d'exclusion à l'utilisation de la thrombolyse intra-veineuse ([Annexe 1](#))

PROCÉDURE

Responsabilités et interventions du médecin

- Évalue, procède à l'investigation et décide du ou des traitement(s);
- Évalue l'éligibilité du patient à la thrombolyse;
- Coordonne la prise en charge des soins au patient

1. Directives avant l'administration de la thrombolyse intra-veineuse : Préthrombolyse

1.1 Investigation du candidat potentiel à la thrombolyse et préparation à une thrombolyse éventuelle :

- Dès l'identification d'un candidat potentiel à la thrombolyse, débiter l'investigation afin d'établir l'éligibilité de l'utilisateur et la préparation à une éventuelle thrombolyse

Investigation afin d'établir l'éligibilité :

- Tomodensitométrie cérébrale (TDM) [Annexe 2](#) dans un délai maximal de 20 minutes
- Prélèvements sanguins : glucose, créatinine, urée, ALT, Na, K, CO₂, Troponine, FSC, RNI, temps de céphaline (PTT), fibrinogène, D-Dimères, Bêta-hCG pour les femmes < 50 ans [Annexe 3](#)

Responsabilités et interventions du médecin

N.B. Les résultats doivent être disponibles dans un délai maximal de 45 minutes

- Électrocardiogramme (ECG)

Préparation à une thrombolyse éventuelle et prise en charge hyper aiguë de l'AVC :

- Aviser l'équipe assurant le « code AVC ». Si la couverture est assurée par le service provincial de téléthrombolyse, lancer le code 110 au niveau du centre tertiaire couvrant le territoire concerné
- Avoir 2 accès intraveineux (IV) de bon calibre avec NaCl 0,9 % à 30 ml/h
- Déterminer le poids exact de l'usager

1.2 Médicament interdit :

- Ne pas administrer d'antiplaquettaire ou d'anticoagulant avant la tomodensitométrie cérébrale (TDM) de contrôle 24 h (+/- 6 h) post thrombolyse

1.3 Évaluation par un spécialiste de l'AVC

- Une évaluation doit être effectuée par un spécialiste de l'AVC (neurologue ou interniste) avant de prendre la décision de thrombolyser l'usager. Il fera une revue des évaluations faites jusqu'à présent, procèdera à l'examen neurologique à l'aide de l'échelle d'évaluation de l'AVC du « National Institutes of Health Stroke Score (NIHSS) [Annexe 6](#) et prendra la décision concernant le traitement thrombolytique

Responsabilités et interventions infirmières - Avant la thrombolyse

1.4 Soins et surveillance des signes vitaux et neurologiques :

- Monitoring cardiaque
- Signes vitaux et neurologiques aux 15 minutes selon l'échelle neurologique canadienne [Annexe 4](#)

- Valeurs cibles
- Pression artérielle (PA), systolique inférieure à 185 mmHg et PA diastolique inférieure à 110 mmHg
- Saturation pulsée en oxygène (SpO₂) supérieure ou égale à 94 % (sauf la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) viser 90 % et plus)
- Température inférieure ou égale à 37,5°C

- Rien par la bouche (NPO)
- Tête de lit à 30°
- Faire uriner l'usager avant la thrombolyse, lorsque possible

1.5 Gestion de la pression artérielle (Avant l'administration de la thrombolyse intra-veineuse) :

- En présence d'une pression systolique supérieure ou égale à 185 mmHg ou pression diastolique supérieure ou égale à 110 mmHg, administrer la médication nécessaire selon l'ordonnance de gestion de la pression artérielle [Annexe 5](#). Si les cibles de pression ne sont pas atteintes après 2 doses, cela constitue une contre-indication relative à la thrombolyse intra-veineuse.

1.6 Gestion de la saturation pulsée en oxygène (SpO₂) :

- En présence d'une SpO₂ inférieure à 94 %, administrer de l'oxygène pour maintenir une saturation égale ou supérieure à 94 % (sauf MPOC, viser plutôt 90 %)

1.7 Gestion de la glycémie :

- En présence d'anomalie de la glycémie, corriger la glycémie selon l'ordonnance médicale « AVC aigu : soins et surveillance » [Annexe 5](#)

Responsabilités et interventions médicales et infirmières – Préparation/administration thrombolyse

2. Prescription et préparation de la thrombolyse intraveineuse

Deux médicaments sont possibles. Le CHUM est passé au ténecteplase en septembre 2022 car il est plus facile à utiliser (avec bolus seul, sans perfusion), mais certains centres n'ont pas encore fait le changement et utilisent encore l'altéplase. Quel que soit le médicament utilisé, seule l'administration et la posologie changent, les autres procédures (indication, contre-indication, surveillance, gestion des complications) restant les mêmes :

2.1 L'altéplase (Activase – rt-PA)

- Posologie :

Se référer au tableau de calcul des dosages et des débits de l'[annexe 7](#) pour calculer la dose requise. Le dosage doit être déterminé à partir du poids exact de l'usager :

- Dose totale : 0.9 mg/kg (dose maximale : 90 mg)
- Bolus initial : 10 % de la dose totale IV en 1 minute
- Perfusion : 90 % de la dose totale IV en 60 minutes

2.2 Le ténecteplase (TNKase – TNK)

- Posologie :

Se référer au tableau de calcul des dosages et des débits de l'[annexe 8](#) pour calculer la dose requise. Le dosage doit être déterminé à partir du poids de l'usager :

- Dose : 0.25 mg/kg dose maximale : 25 mg
- Bolus : dose totale IV en 5 secondes
- Aucune perfusion après le bolus

Responsabilités et interventions infirmières – Pendant et après la thrombolyse

3. Précautions et directives pendant et après l'administration de la thrombolyse intraveineuse

- Cette section fait référence au contenu des ordonnances « AVC aigu ; prise en charge à l'arrivée » [Annexe 3](#), « AVC aigu : soins et surveillance » [Annexe 5](#), « AVC aigu : thrombolyse cérébrale avec ténecteplase et/ou thrombectomie » [Annexe 7](#) et « AVC aigu : thrombolyse et complications » [Annexe 9](#).

3.1 Surveillance clinique

- Le médecin doit demeurer accessible durant toute la durée de la perfusion (dans le cas de l'administration de l'altéplase) et jusqu'à 30 minutes après l'administration de la thrombolyse intraveineuse pour intervenir rapidement en cas de complication. L'infirmière doit assurer une

**Responsabilités et interventions infirmières –
Pendant et après la thrombolyse**

surveillance étroite de l'usager afin de détecter précocement les complications hémorragiques ou allergiques

- L'usager doit être sous monitoring cardiaque ou télémétrie pour une période de 24 à 48 heures
- Les signes vitaux et neurologiques, en plus de surveiller l'apparition de signes d'angioedème et d'hypersensibilité doivent être pris minimalement selon la fréquence suivante selon l'agent thrombolytique utilisé:
 - Fréquence des surveillances selon l'agent thrombolytique utilisé [Annexe 7 ou 8](#)

	Ténectéplase (TNKase, TNK)	Atléplase (Activase – rt-PA)
SV et SN	<u>Avant le bolus</u> : • Q 15 min	<u>Avant le bolus</u> : • Q 15 min
	<u>Pendant la perfusion</u> : Non applicable	<u>Pendant la perfusion</u> : (60 min) • Q 15 min
	<u>Après le bolus</u> : • Q 15 min x 1 h • Q 30 min x 2 h • Q 1 h x 4 h • Q 2 h x 8 h • Q 4 h par la suite	<u>Dès la fin de la perfusion</u> : • Q 15 min x 1 h • Q 30 min x 2 h • Q 1 h x 4 h • Q 2 h x 8 h • Q 4 h par la suite
	<u>Après 24 - 48 h</u> : (si stable) • TID	<u>Après 24 - 48 h</u> : (si stable) • TID
Signes d'angioedème (œdème au niveau des lèvres, de la langue et de l'oropharynx, difficulté respiratoire ou de déglutition) et d'hypersensibilité	<u>Après le bolus</u> : • Q 15 min X 1 h	<u>Pendant la perfusion</u> : (60 min) • Q 15 min <u>Après la perfusion</u> : • Q 15 min X 2

Responsabilités et interventions infirmières – Pendant et après la thrombolyse

3.2 Gestion de la pression artérielle (valide les premières 24 h après l'administration de la thrombolyse intra-veineuse)

- En présence d'une pression systolique supérieure ou égale à 180 mmHg ou pression diastolique supérieure ou égale à 105 mmHg : se référer à l'ordonnance individuelle « AVC aigu : soins et surveillance » [Annexe 5](#). Administrer la médication nécessaire selon l'ordonnance, si les cibles de pression ne sont pas atteintes après 2 doses consécutives, envisager rapidement un autre agent ou une perfusion.

3.3 Gestion de la saturation pulsée en oxygène (SpO₂):

- En présence d'une SpO₂ inférieure à 94 %, administrer de l'oxygène pour maintenir une saturation égale ou supérieure à 94 % (sauf MPOC, viser plutôt 90 %)

3.4 En présence d'une détérioration neurologique pouvant indiquer une hémorragie :

- En présence de signes et symptômes indiquant une complication hémorragique au niveau cérébral tel qu'une détérioration neurologique, l'apparition de céphalées, de nausées ou de vomissements, cesser immédiatement la perfusion (s'il y a lieu) et procéder à une TDM cérébrale, immédiatement [Annexe 9](#)

3.5 En présence d'angioedème ou de réaction anaphylactique :

- Contacter immédiatement le médecin désigné. Cesser immédiatement la perfusion (s'il y a lieu) et administrer les médicaments selon l'ordonnance individuelle soit le diphenhydramide (Benadryl) et le méthylprednisolone (Solu-Medrol) de l'ordonnance de gestion de l'angioedème. Si les symptômes progressent malgré l'administration de ces médicaments, il est possible que l'on doive procéder à une intubation ou une cricotomie d'urgence, si nécessaire
- Se référer à l'ordonnance individuelle « AVC aigu : thrombolyse et complications » [Annexe 9](#) à la section « Suspicion d'angioedème post-thrombolyse »

3.6 Éviter les mesures invasives

- Éviter, dans la mesure du possible, toute mesure invasive durant les premières 4 heures (par ex. : ponction artérielle ou veineuse, injection intramusculaire, installation d'un tube nasogastrique, cathétérisme urinaire)

N.B. Les glycémies capillaires, la prise de température rectale et l'hygiène buccale ne sont pas considérées comme des procédures invasives

3.7 Imagerie de contrôle

- Procéder à une TDM cérébrale de contrôle 24 h (+/- 6 h) post-thrombolyse afin de valider s'il y a présence d'un saignement

Responsabilités et interventions infirmières – Pendant et après la thrombolyse

3.8 Médicaments

- Les traitements antiplaquettaires et thromboprophylaxiques pourront être débutés après l'exclusion d'une hémorragie cérébrale à la TDM cérébrale 24 h (+/- 6 h) post-thrombolyse

L'AAS et le clopidogrel peuvent être administré par tube nasogastrique chez les patients dysphagiques. L'AAS peut aussi leur être administré par suppositoire intra-rectal.

Responsabilité de l'établissement qui a demandé le service de téléthrombolyse

4. Compilation des indicateurs cliniques

À la fin de l'intervention (thrombolyse ou non) compléter le formulaire « Outil de mesure des indicateurs – Service de téléthrombolyse pour les cas AVC aigu » [Annexe 10](#) et l'acheminer promptement à l'adresse courriel indiquée.

RÉFÉRENCES

Cote, R., Battista, R.N., Wolfson, C., Boucher, J., Adam, J., & Hachinski, V.C. (1989). The Canadian Neurological Scale: Validation and reliability assessment. *Neurology*, 39, 638-643.

Genentech (2023). A member of the Roche Group (2023). For your acute ischemic stroke patients. The first 24 hours are critical when Activase (alteplase) is administered. USA. En ligne <https://www.activase.com/ais/dosing-and-administration/patient-monitoring.html>, consulté le 11 avril 2023.

Heran, M., Shamy, M., Lindsay, P., Mc Guff, R., Martin, C., Gubitz, G., Mountain, A., Smith, E.E. (2022), au nom du Comité consultatif sur les pratiques exemplaires en matière de prise en charge de l'AVC en phase aiguë, du comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC et du comité consultatif sur la qualité des soins de l'AVC; en collaboration avec le Consorsium Neurovasculaire Canadien. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC 2022*; Ottawa, Ontario, Canada : Fondation des maladies du cœur

et de l'AVC. <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/prise-en-charge-de-lavc-en-phase-aigue/traitement-de-lavc-ischémique-aigu>, consulté le 11 avril 2023.

Hoffman-Laroche (2021). *Monographie de l'Activase rt-PA (altéplase) pour indication d'AVC ischémique aigu*, octobre 2021. En ligne https://www.rochecanada.com/PMs_Fr/Activase/Activase_AIS_PM_F.pdf, consulté le 11 avril 2023.

Powers, W.J., Rabinstein, A.A., Ackerson, T., Adeoye, O.M., Bambakidis, N.C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B.M., Hoh, B., Jauch, E.C., Kidwell, C.S., Leslie-Mazwi, T.M., Ovbiagele, B., Scott, A.M., Sheth, K.N., Southerland, A.M., Summers, D.V. et Tirschwell, D.L. on behalf of the American Heart Association Stroke Council, (2019). *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 50(3), e344-e418.* En ligne <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STR.0000000000000211>, consulté le 11 avril 2023.

APPROUVÉ PAR



Dr Dang-Khoa Nguyen
Chef du service de neurologie

2023-10-19

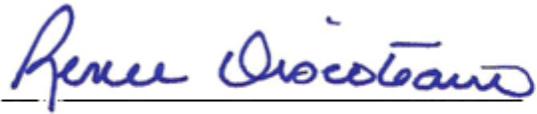
Date



Dre Céline Odier
Directrice médicale du programme de santé neurovasculaire
et cheffe-adjointe du service de neurologie

2023-10-19

Date

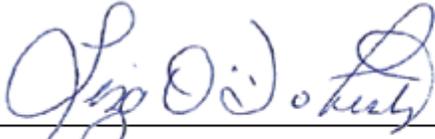


Renée Descôteaux

Directrice des soins infirmiers

2023-10-19

Date



Liza O'Doherty

Présidente du comité des activités interprofessionnelles

2023-10-19

Date



Jean Morin

Chef intérimaire du département de pharmacie

2023-10-19

Date

(signature à venir le 2023-10-23)

Dre Pascale Audet

Présidente du comité exécutif du Conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens

Date

Mot clés : AVC, AVC ischémique, thromolyse, thrombolysé, altéplase, Activase, rt-PA, ténec-téplase, TNKase, TNK, protocole

Annexe 1 : Critère d'inclusion et d'exclusion de la thrombolyse intra-veineuse

Critères d'administration de la thrombolyse intra-veineuse dans l'AVC aigu

Date/heure : _____

aaaa/mm/jj

Critères d'inclusion pour le traitement thrombolytique

Ces critères visent à orienter les décisions cliniques. Toutefois, la décision d'administrer la thrombolyse intraveineuse dans ces situations dépend du jugement clinique du médecin traitant. Les avantages relatifs, les risques et contre-indications potentiels de la thrombolyse intraveineuse doivent être évalués individuellement.

- Diagnostic clinique d'AVC ischémique avec déficits neurologiques invalidants chez un patient âgé de 18 ans et plus.
 - Chez les adolescents, la décision d'administrer la thrombolyse intraveineuse doit reposer sur le jugement clinique, les symptômes présents et l'âge du patient, si possible en consultation avec un spécialiste de l'AVC pédiatrique.
- Début des symptômes depuis moins de 4,5 heures avant le début prévu de l'administration de la thrombolyse intraveineuse.

Critères d'exclusions absolus

1. Oui Non **Toute source d'hémorragie active ou tout trouble susceptible d'augmenter le risque d'hémorragie majeure après l'administration de la thrombolyse intraveineuse**
2. Oui Non **Toute hémorragie révélée par une imagerie cérébrale**

Critères d'exclusions relatives

Antécédents

1. Oui Non Antécédent d'hémorragie intracrânienne
2. Oui Non AVC ou traumatisme crânien ou rachidien depuis moins de 3 mois
3. Oui Non Chirurgie majeure (cardiaque, thoracique, abdominale ou orthopédique) depuis moins de 14 jours. Le risque varie en fonction de l'intervention.
4. Oui Non Ponction artérielle à un site non compressible depuis moins de 7 jours

Cliniques

1. Oui Non Présentation clinique suggérant une hémorragie sous-arachnoïdienne
2. Oui Non Présentation clinique suggérant un trouble neurologique non ischémique aigu (par ex. : crises épileptiques suivies de paralysie de Todd ou signes neurologiques focaux dus à une hypoglycémie ou hyperglycémie grave. etc.)
3. Oui Non Hypertension résistante au traitement anti hypertensif prévu au protocole empêchant d'atteindre ou de maintenir une pression artérielle cible inférieure à 180/105 mmHg.
4. Oui Non Patient prenant un anticoagulant oral direct autre que les antivitamines K

Radiologiques

1. Oui Non Signes précoces d'infarctus étendu

Laboratoires

1. Oui Non Glycémie inférieure à 2,7 mmol/L ou supérieure à 22,2 mmol/L
2. Oui Non Temps de céphaline activée (TCA) élevé
3. Oui Non Rapport international normalisé (INR) de plus de 1,7*
4. Oui Non Décompte plaquettaire inférieur à $100 \times 10^9/L$ ($100\,000 \times 10^3/L$)

*L'administration de la thrombolyse intraveineuse peut être débutée sans attendre les résultats du TCA et du INR **chez les patients n'ayant pas reçu d'anticoagulants**

_____ Signature médecin

Annexe 2 : Protocole d'acquisition d'images pour un examen de tomographie cérébrale sans injection des produits de contraste intraveineux

Mode d'acquisition : spirale ou séquentiel

KV : 120

Mas (référence) : 475 l'utilisation du logiciel de réduction de dose (mas variable) peut être utilisée

Kernel ou Algorithme : Standard ou médium

Windows level : W80-C35

Épaisseur de coupe : Entre 4,5 mm et 5 mm

FOV : 250 mm et moins

Matrice : 512 mm x 512 mm

Radioprotection : Cache au Bismuth oculaire permise

Annexe 3 : Ordonnances médicales de neurologie – AVC aigu : Prise en charge à l'arrivée



ORDONNANCES MÉDICALES

Poids : _____ kg Taille : _____

Surface corporelle (m²) : _____

Allergies : _____ Aucune connue

Loi de Vanessa - Réactions indésirables graves aux médicaments : _____

ou composer le 14325

SERVICE DE NEUROLOGIE

AVC aigu : prise en charge à l'arrivée

ÉVALUATION à l'arrivée

- Glycémie capillaire x 1
- Température x 1
- SV et SN q 15 min
- Prendre la première PA aux 2 bras
- Monitoring cardiaque et saturation en surveillance continue
- FiO₂ pour SpO₂ > 94 % (> 90 % si MPOC)
- Garder NPO
- Tête de lit à 30° en permanence
- Installer 2 accès veineux (de préférence au bras gauche)
- Perfusion IV de NaCl 0,9 % à 30 mL/h ad ordonnances médicales "AVC aigu : soins et surveillance"

ANALYSES à faire immédiatement à l'arrivée (AVC aigu < 6 h seulement)

- Bilan thrombolyse-AVC (glucose, créatinine, urée, ALT, Na, K, CO₂)
- Troponine : si résultat anormal (> 20 ng / L si homme ou > 12 ng / L si femme), répéter q 3 h x 2 (total 3)
- FSC, RNI, temps de céphaline (PTT), fibrinogène, D-dimères
- Bêta-hCG pour les femmes < 50 ans

Dosage de l'anticoagulant (dosage anti-IIa ou anti-Xa selon l'agent pris par le patient)

- Dabigatran (Pradaxa) Rivaroxaban (Xarelto)
- Apixaban (Éliquis) Edoxaban (Lixiana)

ECG

IMAGERIE à l'arrivée

- Scan cérébral C- IRM cérébrale
- Angio-scan (Gerbe et Willis) Angio-IRM (Gerbe et Willis)
- Scan de perfusion Angiographie conventionnelle

Signature

N° de permis

Date

Heure

Annexe 4 : Échelle neurologique canadienne (suite)

Fiche de référence sur l'échelle neurologique canadienne

1 - Pupille

Évaluation	Signification	Points
Dimension (diamètre)	Indiquer le chiffre correspondant au diamètre de la pupille	1-9
Réaction	Indiquer la lettre correspondant à la réaction de la pupille à la lumière	lettre

2 - Niveau de conscience

Évaluation	Signification	Points
Alerte	Éveillé	3.0
Somnolent(e)	S'endort lorsque non stimulé	1.5

3 - Orientation

Évaluation	Signification	Points
Orienté(e)	Le patient est capable de dire où il se trouve ainsi que le mois de l'année et reconnaît les personnes significatives.	1.0
Désorienté(e)	Le patient ne peut nommer le lieu, la date ou la personne significative ou sans objet lorsque le patient ne répond pas aux questions, marmonne des propos incompréhensibles ou ne peut écrire	0

4 - Langage et parole*

Évaluation	Signification	Points
Normal	Le patient peut nommer les trois objets et leur utilité (crayon, clé, montre).	1.0
Déficit expressif	Le patient fait une erreur ou plus en lien avec le nom ou l'utilité de l'objet.	0.5
Déficit réceptif	Ne peut exécuter correctement les trois demandes (Fermer les yeux, Roche coule-t-elle dans l'eau?, Regarder vers le plafond)	0

* Si le patient répond correctement à toutes les questions mais qu'il présente un trouble d'élocution, indiquer un résultat «Normal» et ajouter «TE» (Trouble d'élocution)

5 - A Fonction motrice sans déficit réceptif

Compléter cette section seulement si le patient ne présente aucun déficit réceptif (compréhension du langage).

Visage

Évaluation	Signification	Points
Pas de faiblesse	Visage symétrique. Aucune asymétrie dans le sourire ou lorsque le patient montre les dents.	0.5
Présence de faiblesse	Asymétrie faciale. Un coin de la bouche plus bas que l'autre au repos ou lorsque le patient sourit ou montre les dents.	0

Bras (Proximale)

Évaluation	Signification	Points
Pas de faiblesse	Aucune faiblesse proximale du bras	1.5 D ou G
Faiblesse légère	Le patient a une amplitude normale contre la gravité, mais est incapable d'opposer une résistance.	1.0 D ou G
Faiblesse significative	Le patient n'arrive pas à surmonter l'effet de gravité pour lever les bras à un angle de 90 degrés.	0.5 D ou G
Faiblesse totale	Aucun mouvement proximal du bras.	0 D ou G

Bras (Distale)

Évaluation	Signification	Points
Pas de faiblesse	Aucune faiblesse dans le poignet.	1.5 D ou G
Faiblesse légère	Le patient est capable de fléchir le poignet vers le haut, mais est incapable d'opposer une résistance à la pression.	1.0 D ou G
Faiblesse significative	Le patient peut bouger un peu les doigts, mais n'arrive pas à fléchir les poignets vers le haut	0.5 D ou G
Faiblesse totale	Absence de mouvement au niveau des poignets	0 D ou G

Jambes (Proximale)

Évaluation	Signification	Points
Pas de faiblesse	Aucune faiblesse proximale de la jambe	1.5 D ou G
Faiblesse légère	Le patient peut fléchir la hanche à un angle de 90 degrés, mais ne peut opposer de résistance, ni partielle, ni totale	1.0 D ou G
Faiblesse significative	Faiblesse proximale importante de la jambe. Le patient n'arrive pas à exécuter une flexion de la hanche à un angle de 90 degrés. Mouvement partiel contre la gravité.	0.5 D ou G
Faiblesse totale	Aucun mouvement de la partie proximale de la jambe, ou contraction des muscles seulement, sans mouvement réel du membre	0 D ou G

Jambes (Distale)

Évaluation	Signification	Points
Pas de faiblesse	Aucune faiblesse au niveau de la partie distale de la jambe.	1.5 D ou G
Faiblesse légère	Légère faiblesse au niveau de la partie distale de la jambe. Le patient est capable de fléchir le pied, mais est incapable d'opposer une résistance	1.0 D ou G
Faiblesse significative	Faiblesse distale importante de la jambe, le patient arrive à bouger les orteils, mais ne peut pas fléchir le pied.	0.5 D ou G
Faiblesse totale	Aucun mouvement au niveau de la partie distale de la jambe.	0 D ou G

5 - B Fonction motrice avec déficit réceptif

Compléter cette section seulement si le patient présente un déficit réceptif (compréhension du langage)

Visage

Évaluation	Signification	Points
Symétrique	Aucune asymétrie des mouvements faciaux.	0.5
Asymétrique	Asymétrie faciale, faiblesse faciale d'un côté, ou affaissement du visage.	0 D ou G

Bras

Évaluation	Signification	Points
Égaux	Réactions motrices identiques dans les deux bras.	1.5
Inégaux	Réactions motrices différentes dans les deux bras.	0 D ou G

Jambes

Évaluation	Signification	Points
Égaux	Réactions motrices identiques dans les deux jambes.	1.5
Inégaux	Réactions motrices différentes dans les deux jambes.	0 D ou G

NOTES D'OBSERVATION EN SOINS INFIRMIERS

Annexe 5 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillance



ORDONNANCES MÉDICALES

Poids : _____ kg Taille : _____

Surface corporelle (m²) : _____

Allergies : _____ Aucune connue

Loi de Vanessa - Réactions indésirables graves aux médicaments : _____

ou composer le 14325

Page 1 de 4

SERVICE DE NEUROLOGIE	
AVC aigu : soins et surveillance	
<input type="checkbox"/> Admission neurovasculaire Dr _____	
<input type="checkbox"/> Transfert prévu ≤ 24 heures (COFR avisé)	
<input type="checkbox"/> AVC ischémique <input type="checkbox"/> Thrombolyse <input type="checkbox"/> Thrombectomie	
<input type="checkbox"/> AVC hémorragique <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<input type="checkbox"/> Prendre une PA aux deux bras dès que possible	
<input type="checkbox"/> SV et SN q 15 min x 1 h, q 30 min x 2 h, q h x 4 h, q 2 h x 8 h, puis q 4 h OU	
<input type="checkbox"/> SV et SN q _____ h x _____ puis q _____ h x _____ puis tid si stable	
<input type="checkbox"/> Monitoring cardiaque et saturation en continue x 48 h	
<input type="checkbox"/> FiO ₂ pour SpO ₂ > 94 % (> 90 % si MPOC)	
<input type="checkbox"/> Aviser MD STAT pour toute détérioration	
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9 % avec 20 mmol KCl / litre à 80 mL/h ou <input type="checkbox"/> _____	
Cibles de PA (mm Hg) : <input type="checkbox"/> ≤ 220 / ≤ 120 <input type="checkbox"/> ≤ 180 / ≤ 105 <input type="checkbox"/> ≤ 140 systolique	
Si PA > cibles, répéter PA et FC après 5 min et si PA toujours > cibles et :	
<input type="checkbox"/> Si FC > 50 batt / min, labétalol 10 mg IV par tubulure en 1 min, répétable x 1 après 10 min	
Reprendre PA et FC 5 min après chacune des doses de labétalol et aviser MD	
<input type="checkbox"/> Si inefficace et si FC > 50 batt/min, perfusion de labétalol 300 mg / 250 mL de NaCl 0,9 %	
Débuter à 0,2 mg/min. Viser cibles PA systolique (mm Hg) : <input type="checkbox"/> 180-220 <input type="checkbox"/> 160-180 <input type="checkbox"/> 130-140	
Augmenter ou diminuer le débit de la perfusion de 0,1 mg / min q 15 min pour atteindre les cibles	
PA et FC aux 15 min ad l'atteinte des cibles puis aux heures	
Si PA inférieure à la fenêtre visée, commencer le sevrage	
Aviser le médecin :	
Après 24 h de labétalol IV pour réévaluation	
Si débit de la perfusion de labétalol atteint 2 mg / min OU 1 mg / min, si patient est insuffisant	
rénal ou cardiaque : aviser le médecin. Note à l'infirmière : voir verso	
<input type="checkbox"/> À chaque augmentation de débit quand PA n'atteint pas la cible dans le délai de 15 min	
<input type="checkbox"/> Si PA > cibles et FC < 50 batt / min hydralazine 10 mg IV en 15 min par minipperfuseur	
(MD doit être présent lors de l'administration)	
<input type="checkbox"/> Énalapril <input type="checkbox"/> 1,25 mg <input type="checkbox"/> 2,5 mg par minipperfuseur en 15 min x 1 dose	
<input type="checkbox"/> Voir ordonnance de clevidipine (4 006 353)	

Signature

N^o de permis

Date

Heure

Annexe 5 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillance (suite)

SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu : soins et surveillance

(verso de la page 2 de l'ordonnance)

Conversion des débits de labétalol
Labetalol 300 mg / 250 mL, à la teneur d'environ 1 mg / mL
en tenant compte du volume du médicament ajouté

	mg / min	mL / h
Dose de départ	0,2	12
Augmentation de dose	0,1	6
Aviser MD lorsque le débit atteint:	2	120
Patient insuffisant rénal ou cardiaque, avisé MD lorsque le débit atteint:	1	60

Annexe 5 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillance (suite)



Page 2 de 4

SERVICE DE NEUROLOGIE			
AVC aigu : soins et surveillance			
Tête de lit en permanence :	<input type="checkbox"/> Selon confort	<input type="checkbox"/> À 30°	<input type="checkbox"/> À plat
<input type="checkbox"/> Repos au lit strict :	<input type="checkbox"/> x 6 h	<input type="checkbox"/> x 24 h	<input type="checkbox"/> x _____ h
Mobilisation	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Sans aide	
<input type="checkbox"/> Congé salle de choc	<input type="checkbox"/> Transfert à l'unité d'AVC au lit : _____		
<input type="checkbox"/> Dosage ingesta-excreta q 8 h			
DYSPHAGIE			
NPO ad dépistage dysphagie (STAND) < 4 h			
Si anormal, aviser orthophonie, nutrition, ergothérapie et reste NPO en attendant			
Si normal, diète au goût			
MICITION			
Pour 72 h, faire bladder scan post miction ou q 8 h si pas de miction spontanée			
Cesser bladder scan si miction libre sans résidus x 12 h			
Si résidu urinaire > 500 mL faire cathétérisme vésical et aviser MD au 3 ^e cathétérisme			
Aviser MD, si aucune miction spontanée après 24 h			
Si antécédent de dépression ou changement d'humeur pendant l'hospitalisation :			
Dépistage de la dépression avant le départ pour la réadaptation ou le domicile			
GLYCÉMIE			
Glycémie capillaire qid x 48 h, puis cesser si < 8 mmol / L durant 48 heures			
Échelle d'insuline Trurapi (aspartate) sous-cutanée selon glycémie capillaire qid :			
≤ 10 mmol / L : 0 unité; 10,1 à 12 mmol / L : 2 unités; 12,1 à 14 mmol / L : 4 unités;			
14,1 à 16 mmol/L : 6 unités; > 16,1 mmol/L : 8 unités. Donner dose complète HS			
Si glycémie < 4,1 OU > 16,1 mmol/L aviser le médecin			
NAUSÉES ou VOMISSEMENTS			
Ondansétron 4 mg IV STAT puis q 8 h prn; aviser MD à la 1 ^{ère} dose			
TEMPÉRATURE			
Prendre la température q 4 h			
Si > 37,5 °C : acétaminophène 650 mg po ou IR q 4 h prn			
Si > 38 °C : aviser MD et faire bilan septique : FSC, hémoculture x 2, analyse et culture d'urine, radiographie pulmonaire			

Signature

N^o de permis

Date

Heure

Annexe 5 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillance (suite)



SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu : soins et surveillance	
DOULEUR	Acétaminophène 650 mg po ou IR q 4 h pm
CONSTIPATION	Si absence de selles x 2 jours, donner : Polyéthylène glycol 3350 17 g po die Suppositoires de glycérine IR q 2 jours pm (répétable x 1 après 2 h) Lavement Fleet huileux prn x 1 (répétable x 1 après 2 h) Aviser le médecin si inefficace Attention : omettre laxatifs si > 2 selles par jour ou présence de diarrhée
ANTIPLAQUETTAIRES ET THROMBOPROPHYLAXIE (voir verso pour guider l'évaluation)	<input type="checkbox"/> Aviser MD demain post scan contrôle pour déterminer la médication <input type="checkbox"/> Aspirine (AAS) <input type="checkbox"/> 325 mg 1 co po OU <input type="checkbox"/> 650 mg en supp IR stat, PUIS Aspirine 80 mg : 1 co po die <input type="checkbox"/> Clopidogrel 300 mg = 4 co de 75 mg po STAT puis 75 mg 1 co po die
THROMBOPROPHYLAXIE pharmacologique (voir verso pour guider l'évaluation)	<input type="checkbox"/> Énoxaparine 40 mg sous-cutanée q 24 h à 20 h Si poids < 45 kg <input type="checkbox"/> Énoxaparine 30 mg sous-cutanée q 24 h à 20 h Si poids > 120 kg <input type="checkbox"/> Énoxaparine 30 mg sous-cutanée q 12 h (10 h et 22 h) <input type="checkbox"/> En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 mL / min) : Héparine 5 000 unités sous-cutanée q 12 h (10 h et 22 h) <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Thromboprophylaxie mécanique: jambière à compression pneumatique intermittente
<input type="checkbox"/> PAS de thromboprophylaxie	Raison (obligatoire) : _____

Signature

N° de permis

Date

Heure

Annexe 5 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillance (suite)

SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu : soins et surveillance

(verso de la page 3 de l'ordonnance)

TABLEAU 1. Evaluation du risque de TEV

Modèle Padua¹ prédisant le risque de TEV chez les patients médicaux hospitalisés

Faible risque : score < 4 points

Haut risque : score ≥ 4 points

Dans une étude observationnelle prospective¹ auprès de 1 180 patients hospitalisés, une TEV est survenue dans les 90 jours chez 11 % des patients qui étaient classés à haut risque (≥ 4 points selon les critères ci-dessous) et qui n'avaient pas reçu de thromboprophylaxie (OR, 32; IC 95%, 4,1-251)

Facteurs de risque	Points
Cancer actif ^a	3
Antécédent de TVE (excluant une thrombophlébite des veines superficielles)	3
Mobilité réduite ^b	3
Thrombophilie connue ^c	3
Trauma récent et/ou chirurgie (≤ 1 mois)	2
Âge (≥ 70 ans)	1
Insuffisance cardiaque et/ou respiratoire	1
Infarctus aigu du myocarde ou AVC ischémique	1
Infection aiguë et/ou condition rhumatologique	1
Obésité (IMC ≥ 30)	1
Hormonothérapie en cours	1

a. Avec métastases (locales ou distantes) ou réception d'une chimiothérapie ou radiothérapie dans les 6 derniers mois.

b. Repos au lit avec privilèges de salle de bain pendant ≥ 3 jours, sur ordre du médecin ou limitations du patient.

c. Porteur d'anomalies de l'antithrombine, des protéines C ou S, du facteur V Leiden, mutation G20210A de la prothrombine ou syndrome antiphospholipide

1. Barbar S, Noventa F, Rossetto V, et al. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score. J Thromb Haemost 2010; 8 (11): 2450 - 7.

TABLEAU 2. Évaluation du risque de saignement

Le risque de saignement peut être jugé ÉLEVÉ² si présence d'UN facteur de risque MAJEUR ou si combinaison de plusieurs facteurs de risque :

Facteurs de risque MAJEURS	Autres facteurs de risque (à considérer si multiples)
<input type="checkbox"/> Ulcère gastro-duodénal actif <input type="checkbox"/> Saignement dans les 3 mois précédant l'admission <input type="checkbox"/> Décompte plaquettaire < 50 x 10 ⁹ / L	<input type="checkbox"/> Âge > 85 ans (par rapport à < 40 ans) <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique (RNI > 1,5) <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale sévère (DFG < 30 mL/min/m ²) <input type="checkbox"/> Bithérapie antiplaquettaire

2. Decousus H, Tapson VF, Bergmann JF, et al. (IMPROVE investigators). Factors at admission associated with bleeding risk in medical patients: findings from the IMPROVE investigators. Chest 2011; 139 (1): 69-79

Annexe 5 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillance (suite)



Page 4 de 4

SERVICE DE NEUROLOGIE			
AVC aigu : soins et surveillance			
Bilan de base			
<input type="checkbox"/> Créatinine, Na, K	<input type="checkbox"/> Ce jour	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> FSC	<input type="checkbox"/> Ce jour	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> RNI et temps de céphaline (PTT)	<input type="checkbox"/> Ce jour	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Troponine	<input type="checkbox"/> Ce jour	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> Autre : _____
(si > 20 ng / L homme ou > 12 ng / L femme: répéter q 3 h x 2 (3 fois au total))			
<input type="checkbox"/> Analyse d'urine	<input type="checkbox"/> Toxicologie urinaire (amphétamines, cannabis, cocaïne, PCP)		
Demain AM			
<input type="checkbox"/> Bilan lipidique (cholestérol total, C-LDL, C-HDL, triglycérides), CK, ALT			
<input type="checkbox"/> Glycémie (à jeun), HbA1c, TSH	<input type="checkbox"/> Calcium, magnésium, phosphore	<input type="checkbox"/> Homocystéine	
<input type="checkbox"/> Étude de l'hémoglobine (électrophorèse de l'hémoglobine)			
<input type="checkbox"/> Bilan nutritionnel : protéine C réactive (CRP), transthyrétine, albumine			
<input type="checkbox"/> Vitamine B12 (Sx neurologiques inexpliqués), acide folique (troubles neurologiques ou neuropathie)			
<input type="checkbox"/> Coagulopathie artérielle : anticardiolipines, anticoagulant lupique, anti-bêta-2-glycoprotéine I			
<input type="checkbox"/> Coagulopathie veineuse : antithrombine III, protéine C, protéine S mutations du facteur II (gène de la prothrombine G-20210) et du facteur V Leiden			
<input type="checkbox"/> Vasculite : vitesse de sédimentation (VS), ANA, Anti-DNA, Anti-ENA, ANCA, C3, C4, EIA (syphilis)			
<input type="checkbox"/> Dosage de l'anticoagulant (dosage anti-IIa ou anti-Xa selon l'agent pris par le patient)			
<input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa)		<input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto)	
<input type="checkbox"/> Apixaban (Éliquis)		<input type="checkbox"/> Edoxaban (Lixiana)	
<input type="checkbox"/> Autres :			
Imagerie			
<input type="checkbox"/> Scan cérébral C-	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Angio-scan (Gerbe et Willis)			
<input type="checkbox"/> IRM cérébrale		<input type="checkbox"/> ECG	
<input type="checkbox"/> Angio-IRM (Gerbe et Willis)		<input type="checkbox"/> Holter	
<input type="checkbox"/> Angiographie conventionnelle		<input type="checkbox"/> Échographie cardiaque (ETT)	
<input type="checkbox"/> Doppler carotidien		<input type="checkbox"/> Écho transoesophagienne (ETO)	
<input type="checkbox"/> Doppler trans-crânien		<input type="checkbox"/> Rx pulmonaire	
Consultants			
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Nutrition
<input type="checkbox"/> Pharmacie	<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/> Soins spirituels	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Infirmière de suivi systématique de la clientèle neurovasculaire			

Signature

N^o de permis

Date

Heure

Annexe 6 : Échelle d'évaluation de l'AVC du NIH (NIHSS)

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AVC DU NIH (NIHSS)

1a.	Niveau de conscience	0 = Vigilance normale (réponses aisées) 1 = Non vigilant, mais réagit à des stimulations mineures 2 = Non vigilant, requiert des stimulations répétées pour le maintien de l'attention, ou bien est obnubilé et requiert des stimulations intenses ou douloureuses pour effectuer des mouvements 3 = Répond seulement de façon réflexe ou autonome ou absence totale de réactions		
1b.	Questions sur le niveau de conscience		0 = Réponses correctes aux deux questions 1 = Réponse correcte à une question 2 = Aucune réponse correcte	
1c.	Consigne quant au niveau de conscience		0 = Exécute les deux tâches correctement 1 = Exécute une tâche correctement 2 = N'exécute aucune tâche correctement	
2.	Examen du regard		0 = Normal 1 = Paralyse oculomotrice partielle 2 = Déviation forcée du regard ou paralyse complète	
3.	Champ visuel	0 = Aucune perte visuelle 2 = Hémianopsie complète	1 = Hémianopsie partielle 3 = Hémianopsie bilatérale	
4.	Paralyse faciale	0 = Mouvement normal et symétrique 1 = Paralyse mineure (affaissement du sillon nasogénien, asymétrie du sourire) 2 = Paralyse partielle (hémiface inférieure) 3 = Paralyse complète		
5.	Motricité des membres supérieurs	0 = Pas de chute 2 = Effort contre la pesanteur 4 = Aucun mouvement	1 = Chute 3 = Aucun effort contre la pesanteur IE = Amputation ou arthrodèse	D
				G
6.	Motricité des membres inférieurs	0 = Pas de chute 2 = Effort contre la pesanteur 4 = Aucun mouvement	1 = Chute 3 = Aucun effort contre la pesanteur IE = Amputation ou arthrodèse	D
				G
7.	Ataxie des membres	0 = Absente 2 = Présente sur deux membres ou plus	1 = Présente sur un membre IE = Amputation, arthrodèse	
8.	Sensibilité	0 = Normale 1 = Hypoesthésie légère ou modérée 2 = Hypoesthésie grave ou perte sensorielle complète		
9.	Langage	0 = Pas d'aphasie 2 = Aphasie grave	1 = Aphasie légère ou modérée 3 = Muet, aphasie globale	
10.	Dysarthrie	0 = Articulation normale 2 = Dysarthrie grave	1 = Dysarthrie légère ou modérée IE = Patient intubé ou autre barrière physique	
11.	Extinction et inattention	0 = Pas d'anomalie 1 = Négligence visuelle, tactile, auditive, spatiale ou personnelle 2 = Hémignégligence grave ou extinction de plusieurs modalités sensorielles		
IE = Impossible à évaluer			POINTAGE TOTAL	

NIHSS : Nationale Institute of Health Stroke Scale

Signature médecin : _____ Date (aaaa-mm-jj)/heure(hh :mm) : _____

Annexe 6 : Échelle d'évaluation de l'AVC du NIH (NIHSS) (suite)

AIDE-MÉMOIRE ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AVC DU NIH	
1a. Niveau de conscience :	la personne effectuant l'examen doit choisir une réponse même en présence d'obstacles tels qu'une sonde endotrachéale, etc. Un pointage de 3 est attribué si le patient ne fait aucun autre mouvement qu'un réflexe de posture en réponse à une stimulation douloureuse.
1b. Questions sur le niveau de conscience :	demander au patient de nommer le mois en cours et de dire son âge. Seule la réponse initiale est évaluée (une réponse approximative n'a aucune valeur). Les patients incapables de parler en raison d'une intubation, d'un traumatisme orotrachéal, d'une dysarthrie grave, d'une barrière linguistique, etc., reçoivent un pointage de 1. Les patients aphasiques et stuporeux reçoivent un pointage de 2.
1c. Consignes quant au niveau de conscience :	le patient doit ouvrir et fermer les yeux, puis serrer et relâcher la main de la personne faisant l'examen. Demander au patient d'utiliser la main non parétique. Choisir une autre consigne si le patient ne peut utiliser les mains. Seule la première tentative est évaluée. Une tentative non équivoque mais incomplète en raison d'une parésie est acceptée. Si le patient n'exécute pas la consigne, on doit lui faire une démonstration.
2. Examen du regard :	établir le contact visuel et demander au patient de suivre un doigt. Adapté aux patients aphasiques. Une déviation forcée ou une paralysie complète n'est pas surmontée par les réflexes oculocéphaliques. Évaluer les mouvements volontaires ou réflexes et les mouvements oculaires horizontaux (ne pas effectuer les tests caloriques). Chez les patients qui ont subi un trauma oculaire, portent des pansements, sont atteints d'une cécité (préexistante), etc., il faut évaluer les mouvements réflexes, et le choix revient à la personne faisant l'examen. Les patients présentant une déviation conjuguée des yeux (qui peut être surmontée par une activité volontaire ou réflexe) ou une parésie isolée d'un nerf périphérique (nerf crânien III, IV ou VI) reçoivent un pointage de 1.
3. Champ visuel :	utiliser la confrontation, le compte du nombre de doigts ou le clignement face à un geste de menace. Confronter les quadrants supérieurs et inférieurs du champ visuel. Évaluer le champ visuel sur l'œil indemne en cas de cécité unilatérale ou d'énucléation. Le patient présentant une asymétrie franche, incluant une quadranopsie, reçoit un pointage de 1. Le patient aveugle reçoit un pointage de 3. Effectuer le test à nouveau en utilisant la stimulation simultanée des deux hémichamps visuels. En cas d'extinction, attribuer un pointage de 1, et utiliser ce résultat pour l'item 11.
4. Paralysie faciale :	demander au patient de montrer les dents, lever les sourcils et fermer les yeux (mimer au besoin pour l'encourager). Si cela est possible, retirer les bandages du visage, le tube orotrachéal, le bandage adhésif, etc., avant d'effectuer le test. Évaluer la symétrie de la grimace à l'aide d'une stimulation douloureuse chez les patients non coopératifs.
5. Motricité des membres supérieurs :	placer les bras du patient dans la position appropriée. Étendre chaque bras, paumes vers le bas (à 90° en position assise, à 45° en décubitus). Évaluer chaque bras successivement (en commençant par le bras non parétique). Une chute est prise en compte si elle se produit dans les 10 premières secondes. Un pointage IE (impossible à évaluer) s'applique uniquement en cas d'amputation ou d'arthrodèse de l'épaule.
6. Motricité des membres inférieurs :	placer les jambes du patient dans la position appropriée. Étendre chaque jambe (à 30°, toujours en décubitus). Évaluer chaque jambe successivement (en commençant par la jambe non parétique). Une chute est prise en compte si elle se produit dans les 5 premières secondes. Un pointage IE (impossible à évaluer) s'applique uniquement en cas d'amputation ou d'arthrodèse de la hanche.
7. Ataxie des membres :	demander au patient (yeux ouverts) de toucher son nez avec son doigt et de toucher son tibia avec son talon. Effectuer les épreuves doigt-nez et talon-tibia des deux côtés pour mettre en évidence une lésion cérébelleuse unilatérale. Donner un pointage de 0 aux patients qui sont paralysés ou qui ont un trouble de la compréhension. Donner un pointage de 1 ou 2, seulement si l'ataxie est disproportionnée par rapport au déficit moteur. Un pointage IE (impossible à évaluer), s'applique uniquement en cas d'amputation ou d'arthrodèse.
8. Sensibilité :	évaluer la sensibilité à la piqûre et à la stimulation douloureuse (chez le patient obnubilé ou aphasique) sur autant d'aires corporelles que possible (bras à l'exclusion des mains – jambes, tronc, visage). Évaluer uniquement la perte de sensibilité attribuable à l'AVC. Les patients stuporeux et aphasiques reçoivent un pointage de 0 ou de 1. Les patients ayant subi un accident du tronc cérébral avec perte bilatérale de sensibilité, les patients quadriplégiques qui ne répondent pas et les patients comateux (Item 1a = 3) reçoivent un pointage de 2. Un pointage de 2 doit être donné seulement si une perte majeure ou totale de la sensibilité est mise en évidence.
9. Langage :	le patient doit décrire les événements se produisant sur l'image, nommer les éléments dans cette image et lire les phrases. Dans le cas d'un patient ayant une perte visuelle, lui demander d'identifier des objets placés dans la main. Si le patient est intubé, lui demander d'écrire ses réponses. L'examineur doit choisir un pointage si le patient est stuporeux ou s'il est peu coopératif. Le patient comateux (item 1a = 3) reçoit un pointage de 3. Le pointage de 3 est réservé aux patients muets incapables d'exécuter un ordre simple.
10. Dysarthrie :	à l'aide de la liste de mots simples, demander au patient de lire les mots ou de les répéter. Le patient présentant une aphasie grave peut être évalué en fonction de la précision de l'articulation du langage spontané. Le pointage IE n'est appliqué que si le patient est intubé ou s'il existe une autre barrière physique à la production du langage. Ne pas informer le patient de l'objet de l'évaluation.
11. Extinction et inattention :	il est possible que le résultat d'évaluations précédentes permette de déterminer ces pointages. L'absence de réponse du patient et l'inattention ont peut-être déjà été mises en évidence dans les items précédents. Si le patient présente une perte visuelle grave empêchant la stimulation simultanée des deux hémichamps visuels, mais que la réponse aux stimuli cutanés est normale, le pointage est 0. Si le patient est aphasique, mais semble être attentif de manière égale aux deux côtés, le pointage est 0. La présence d'une négligence visuospatiale ou d'une anosognosie peut aussi être considérée comme anormale.

Tiré et adapté de l'échelle d'évaluation de l'AVC du NIH du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et de la Fondation des maladies du cœur du Canada

www.ninds.nih.gov

Annexe 7 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : thrombolyse avec altéplase ou thrombectomie. Cette ordonnance n'est plus utilisée au CHUM depuis septembre 2022.



ORDONNANCES MÉDICALES

Poids : _____ kg Taille : _____

Surface corporelle (m²) : _____

Allergies : _____ Aucune connue

Réactions indésirables aux médicaments : _____

SERVICE DE NEUROLOGIE	
AVC aigu: thrombolyse avec altéplase ou thrombectomie	
Suivre les ordonnances médicales "AVC aigu : soins et surveillance"	
Aviser MD STAT et cesser altéplase si: détérioration des SN ou SNV, convulsions, présence ou augmentation des céphalées, vomissement, hausse ou baisse de PA > 40 mm Hg, FC > 100 batt / min	
Aviser MD STAT et cesser altéplase si: difficulté à avaler, respirer ou œdème de la langue ou des lèvres	
Obtenir de l'aide pour la prise en charge des voies aériennes (intubation)	
<input type="checkbox"/> Thrombolyse (Note soins infirmiers : la préparation de l'altéplase à la page 2)	
Dose totale altéplase (Activase - rt-PA) _____ mg (0,9 mg / kg ad maximum 90 mg)	
1- Bolus (10% de la dose totale) _____ mg IV dans une seringue	
en 1 à 2 minutes Dose donnée à _____ h	
2- Perfusion (90 % de la dose totale) _____ mg IV en 60 minutes	
(Note au médecin : Tableau de calcul des dosages et débits au verso)	
Aucun autre médicament dans cette voie	
Ne pas administrer d'antiplaquettaire, d'anticoagulant, d'AINS ou d'antithrombotique	
durant les prochaines 24 h, à moins d'avis contraire du médecin	
Pour les 4 premières heures:	
Surveiller les sites de ponction à la même fréquence que la prise des SV et SN	
Si saignement appliquer pansement compressif x 4 h. Si persiste, aviser MD	
Éviter toute injection IM, voie centrale, gaz artériel, sonde urinaire et TNG	
Mobiliser avec prudence durant les transferts car danger d'hémorragie	
<input type="checkbox"/> Thrombectomie	
Ponction fémorale <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche	
Garder la jambe ponctionnée en extension (tête de lit à plat) x 6 h	
par la suite le patient peut être installé en position assise au lit à 90°	
Garder le repos au lit strict x 6 h	
Effectuer à la même fréquence que la prise des SV et SN :	
SNV incluant les pouls fémoral et distal du membre	
Surveillance et palpation de l'aîne (signe hémorragique)	

Signature	N° de permis	Date	Heure
4 000 246 janvier 2021 Dossier médical			Page 1 de 2

Annexe 7 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : thrombolyse avec altéplase ou thrombectomie. Cette ordonnance n'est plus utilisée au CHUM depuis septembre 2022 (suite).

CHUM – Tableau indicatif des dosages d'altéplase (Activase rt-PA de 100 mg / 100 mL) à administrer selon le poids

Poids (lb)	Poids (kg)	Dose totale (mg)	Bolus IV (mg)	Volume exact à retirer (mL)*	Perf. en 60 min. (mg)
90	40,9	36,8	3,7	50	33,1
92	41,8	37,6	3,8	49	33,8
94	42,7	38,4	3,8	48	34,6
96	43,6	39,2	3,9	47	35,3
98	44,6	40,1	4	46	36,1
100	45,5	41	4,1	46	36,9
102	46,4	41,8	4,2	45	37,6
104	47,3	42,6	4,3	44	38,3
106	48,2	43,4	4,3	43	39,1
108	49,1	44,2	4,4	42	39,8
110	50	45	4,5	42	40,5
112	50,9	45,8	4,6	41	41,2
114	51,8	46,6	4,7	40	41,9
116	52,7	47,4	4,7	39	42,7
118	53,6	48,2	4,8	38	43,4
120	54,6	49,1	4,9	37	44,2
122	55,5	50	5	37	45
124	56,4	50,8	5,1	36	45,7
126	57,3	51,6	5,2	35	46,4
128	58,2	52,4	5,2	34	47,2
130	59,1	53,2	5,3	33	47,9
132	60	54	5,4	33	48,6
134	60,9	54,8	5,5	32	49,3
136	61,8	55,6	5,6	31	50
138	62,7	56,4	5,6	30	50,8
140	63,6	57,2	5,7	29	51,5
142	64,6	58,1	5,8	28	52,3
144	65,5	59	5,9	28	53,1
146	66,4	59,8	6	27	53,8
148	67,3	60,6	6,1	26	54,5
150	68,2	61,4	6,1	25	55,3
152	69,1	62,2	6,2	24	56
154	70	63	6,3	24	56,7

Poids (lb)	Poids (kg)	Dose totale (mg)	Bolus IV (mg)	Volume exact à retirer (mL)*	Perf. en 60 min. (mg)
156	70,9	63,8	6,4	23	57,4
158	71,8	64,6	6,5	22	58,1
160	72,7	65,4	6,5	21	58,9
162	73,6	66,2	6,6	20	59,6
164	74,6	67,1	6,7	19	60,4
166	75,5	68	6,8	19	61,2
168	76,4	68,8	6,9	18	61,9
170	77,3	69,6	7	17	62,6
172	78,2	70,4	7	16	63,4
174	79,1	71,2	7,1	15	64,1
176	80	72	7,2	15	64,8
178	80,9	72,8	7,3	14	65,5
180	81,8	73,6	7,4	13	66,2
182	82,7	74,4	7,4	12	67
184	83,6	75,2	7,5	11	67,7
186	84,6	76,1	7,6	10	68,5
188	85,5	77	7,7	10	69,3
190	86,4	77,8	7,8	9	70
192	87,3	78,6	7,9	8	70,7
194	88,2	79,4	7,9	7	71,5
196	89,1	80,2	8	6	72,2
198	90	81	8,1	6	72,9
200	90,9	81,8	8,2	5	73,6
202	91,8	82,6	8,3	4	74,3
204	92,7	83,4	8,3	3	75,1
206	93,6	84,2	8,4	2	75,8
208	94,6	85,1	8,5	1	76,6
210	95,5	86	8,6	1	77,4
212	96,4	86,8	8,7	---	78,1
214	97,3	87,6	8,8	---	78,8
216	98,2	88,4	8,8	---	79,6
218	99,1	89,2	8,9	---	80,3
≥ 220	≥ 100	90	9	---	81

* Inclus la quantité du vide d'air de la tubulure (décimale éliminée).

Une fois diluée, la solution d'altéplase (activase rt-PA, fiole de 100 mg) est de 1 mg = 1 mL

Annexe 7 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : thrombolyse avec altéplase ou thrombectomie. Cette ordonnance n'est plus utilisée au CHUM depuis septembre 2022 (suite).

SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu : thrombolyse (rtPA IV) et (ou) thrombectomie

Préparation de l'altéplase (rt-PA) (Activase)

Dissoudre la poudre de la fiole d'altéplase (100 mg/fiole) avec la fiole d'eau stérile de 100 mL fournie et utiliser le dispositif de transfert. La teneur finale est de 100 mg / 100 mL (1 mg / mL)

1. Déposer la fiole d'eau stérile pour injection USP sur la table et insérer verticalement au centre du bouchon le dispositif de transfert.
2. Tenir la fiole d'altéplase à l'envers, appuyer le centre du bouchon sur le dispositif de transfert et insérer l'autre pointe dans cette fiole.
3. Retourner les deux fioles de sorte que la fiole d'eau stérile s'écoule dans celle d'altéplase. (Il ne devrait rester qu'environ 0,5 mL d'eau stérile dans la fiole.)
4. Retirer le dispositif de transfert et la fiole vide d'eau stérile et jeter.
5. Remuer doucement la fiole avec un mouvement de rotation pour dissoudre la poudre. **NE PAS AGITER.** Doit être utilisée dans les prochaines 8 heures. La solution d'altéplase doit être limpide et incolore à jaune très pâle. Éviter les particules ou le jaune foncé.
6. Préparer le bolus : prélever la dose à l'aide d'une seringue directement à partir de la fiole dans l'espace prévu à cet effet, soit à côté de la perforation laissée par le dispositif de transfert.
Ne pas prélever à partir de la perforation laissée par le dispositif de transfert pour éviter les fuites.
ATTENTION La double vérification indépendante (DVI) est obligatoire avant d'administrer le bolus IV au patient.
7. Retirer la dose (le volume) excédentaire de la fiole.
Veuillez vous référer à la charte pour connaître le volume à retirer (cette charte tient compte du volume que contient la tubulure Duovent).
Volume excédentaire à retirer = 100 mL - (dose totale en mL + vide d'air de la tubulure)
8. Préparer la perfusion : Faire le vide d'air de la tubulure Duovent de Baxter. Dans la bibliothèque « Soins critiques », rechercher « alteplase AVC » et programmer la dose (mg/h) à administrer. La programmation est prévue pour une administration en 60 min.
ATTENTION : La double vérification indépendante (DVI) est obligatoire avant de débiter la perfusion IV au patient (dose, débit, temps).
9. Aucun médicament ne doit être mélangé à la perfusion d'altéplase
10. Garder les fioles non diluées dans les boîtes à l'abri de la lumière.

Annexe 8 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : thrombolyse avec ténecteplase et/ou thrombectomie



ORDONNANCES MÉDICALES

Poids : _____ kg Taille : _____

Surface corporelle (m²) : _____

Allergies : _____ Aucune connue

Loi de Vanessa - Réactions indésirables graves aux médicaments : _____
ou composer le 14325

SERVICE DE NEUROLOGIE

AVC aigu : Thrombolyse avec ténecteplase et/ou thrombectomie

Suivre les ordonnances médicales "AVC aigu : soins et surveillance"

Aviser MD STAT si : détérioration des SN ou SNV, convulsions, présence ou augmentation des céphalées, vomissements, hausse ou baisse de PA > 40 mm Hg, FC > 100 batt / min

Thrombolyse (voir verso pour dose, préparation et administration)

Ténecteplase : administrer 0,25 mg / kg (maximum 25 mg) en IV en 5 secondes x 1 dose

Dose : _____ mg

Aucun autre médicament dans cette voie

Ne pas administrer d'antiplaquettaire, d'anticoagulant, d'AINS ou d'antithrombotique durant les prochaines 24 heures à moins d'avis contraire du médecin

Pour les 4 premières heures :

Surveiller les sites de ponction à la même fréquence que la prise des SV et SN

Si saignement, appliquer pansement compressif x 4 h. Si persiste, aviser MD

Éviter toute injection IM, voie centrale, gaz artériel, sonde urinaire et TNG

Mobiliser avec prudence durant les transferts car danger d'hémorragie

Thrombectomie

Ponction fémorale droite gauche

Garder la jambe ponctionnée en extension (tête de lit à plat) x 6 h x _____ h

Par la suite, le patient peut être installé en position assise au lit à 90° pour le dépistage de dysphagie

Garder le repos au lit strict x 6 h

Effectuer à la même fréquence que la prise des SV et SN :

SNV (incluant les pouls fémoral et pédieux du membre)

Surveillance et palpation de l'aïne (signe hémorragique)

Signature

N° de permis

Date

Heure

Annexe 8 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : thrombolyse avec ténecteplase et/ou thrombectomie (suite)

SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu: Thrombolyse avec ténecteplase et/ou thrombectomie (verso de l'ordonnance)

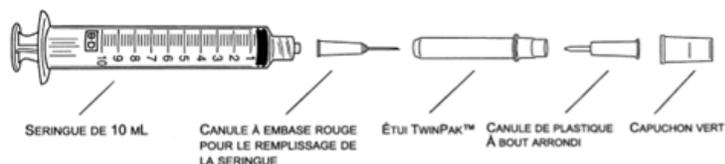
Tableau des doses de TENECTE PLASE TNKase (0,25mg / kg - max 25 mg)

Poids (kg)	Dose (mg)	Volume (mL)
Moins de 60	15	3
60 à 69,9	17,5	3,5
70 à 79,9	20	4
80 à 89,9	22,5	4,5
90 et plus	25	5

Fiole de 50 mg diluée avec 10 mL d'ESI (5 mg/mL)

Préparation du TENECTE PLASE (TNKase)

Présentation : Fiole de 50 mg (poudre)
Fiole de 10 mL d'eau stérile (ESI) pour injection USP
Seringue B-D de 10 mL munie d'un dispositif TwinPak à double canule



Préparation et administration :

1. Dissoudre la poudre (50 mg) avec 10 mL d'ESI (diluant) pour injection USP en utilisant la seringue BD munie de la canule à embase rouge. Concentration : 5 mg / mL.
2. Injecter le diluant en dirigeant le jet sur la poudre. Il n'est pas rare qu'une légère mousse se forme. Laisser reposer la solution quelques minutes pour que les grosses bulles se dissipent.
3. Remuer délicatement la fiole avec un mouvement circulaire jusqu'à dissolution complète. **NE PAS AGITER.** Doit être utilisé dans les prochaines 8 heures. Le produit doit être inspecté visuellement avant usage afin de vérifier l'absence de particule et de changement de couleur.
4. Prélever la dose telle que prescrite selon le poids du patient.

ATTENTION : La double vérification indépendante (DVI) est **OBLIGATOIRE** avant l'administration.

5. **Administrer en IV en 5 à 10 secondes.**
Rincer la tubulure avant et après la dose avec du NaCl 0,9 % si le soluté en place est différent.

ATTENTION : Tenecteplase **INCOMPATIBLE** avec DEXTROSE 5 %

Annexe 8 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : thrombolyse avec ténecteplase et/ou thrombectomie (suite)

Formulaire d'enregistrement des médicaments (FEM) pré-imprimé avec ténecteplase



FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DES MÉDICAMENTS
AVC AIGU (THROMBOLYSE AVEC TENECTEPLASE)

DATE : _____ - _____ - _____
Année Mois Jour

MÉDICATION	HEURE - INITIALES
<p>Ténecteplase (TNKase®), fiole de 50 mg à reconstituer avec 10 mL d' ESI (fournie dans la trousse) (concentration finale : 5 mg / mL)</p> <p>(Dose égale à 0,25 mg / kg, maximum 25 mg)</p> <p>Dose : _____ mg (soit _____ mL) IV x 1</p> <p>À administrer IV en 5 secondes au Y proximal</p>	<p>_____ h _____</p> <p>Initiales (DVI*) :</p> <p>(1) _____ - (2) _____</p>

* Une double vérification indépendante (DVI) de la dose à administrer est obligatoire

SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES

Annexe 9 : Ordonnances médicales de neurologie AVC – aigu : thrombolyse et complications



ORDONNANCES MÉDICALES

Poids : _____ kg Taille : _____

Surface corporelle (m²) : _____

Allergies : _____

Aucune connue

Loi de Vanessa - Réactions indésirables graves aux médicaments : _____

ou composer le 14325

SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu : thrombolyse et complications	
Suspicion d'hémorragie cérébrale post-thrombolyse Si détérioration des SN, céphalée, hausse de la PA, nausée, vomissement : Aviser MD <i>stat</i> . Cesser altéplase (s'il y a lieu). Faire : FSC, PT/PTT, fibrinogène, groupe sanguin Scan cérébral <i>stat</i> puis, si hémorragie confirmée : <input type="checkbox"/> Viser PA systolique < 140 mm Hg (comme AVC hémorragique) <input type="checkbox"/> 6 unités de cryoprécipités <input type="checkbox"/> 6 unités de plaquettes si a reçu un antiplaquettaire dans les dernières 48 h <input type="checkbox"/> Si fibrinogène ≥ 1 g / L, ajouter 2 plasma frais congelés (1 500 mL) <input type="checkbox"/> Si fibrinogène < 1 g / L, ajouter 4 unités de cryoprécipités (total 10 unités) <input type="checkbox"/> Consultation en hématologie <input type="checkbox"/> Consultation en neurochirurgie	
Suspicion d'angioedème post-thrombolyse S/ difficulté à avaler, respirer ou oedème de la langue ou des lèvres : Aviser le médecin immédiatement; cesser l'altéplase (s'il y a lieu); obtenir de l'aide pour la prise des voies aériennes (intubation); et administrer les médicaments prescrits ci-dessous : IMPORTANT : ne pas donner d'épinéphrine <input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Benadryl) 50 mg IV <i>stat</i> <input type="checkbox"/> Méthylprednisolone (Solu-Medrol) 125 mg IV <i>stat</i> <input type="checkbox"/> Consultation en allergie <i>stat</i> pour considérer un inhibiteur de la C1 estérase (ex.: Berinert) <input type="checkbox"/> Icatibant 10 mg/mL seringue de 3 mL (Firazyr) 30 mg par voie sous-cutanée en au moins 30 secondes dans la région abdominale x 1 dose <input type="checkbox"/> Berinert (500 unités / 10 mL) : 20 unités / kg soit _____ unités ou _____ mL IV en bolus lentement à 4 mL / min (Note à l'infirmière : voir verso pour préparation) Si non efficace, répétable x 1 après 1 h (Note au médecin : ordonnance banque de sang)	
Suspicion de réaction allergique (à l'iode ou autre) Si hypotension, difficultés respiratoires et/ou rougeurs cutanées : aviser MD immédiatement <input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Benadryl) 50 mg IV <i>stat</i> <input type="checkbox"/> Méthylprednisolone (Solu-Medrol) 125 mg IV <i>stat</i> <input type="checkbox"/> En dernier recours, épinéphrine 1 mg / mL (1:1 000) : 0,01 mg / kg ad 0,5 mg IM Si non efficace, répétable x 1 après 5 min	

Signature

N^o de permis

Date

Heure

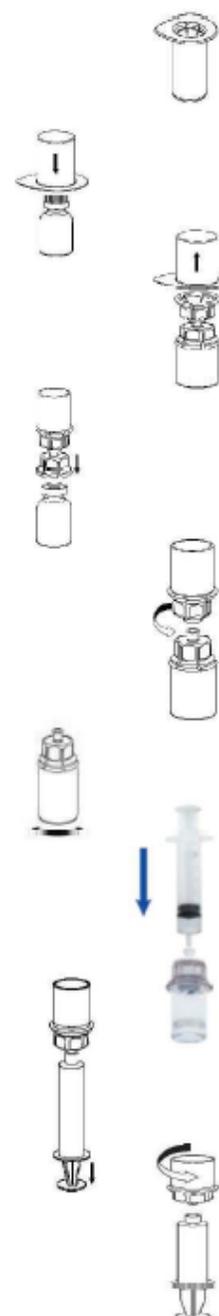
Annexe 9 : Ordonnances médicales de neurologie AVC – aigu : thrombolyse et complications (suite)

SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu : thrombolyse et complications : préparation du Berinert (verso de l'ordonnance)

Images : © Behring, 2019

Reconstitution du médicament :

- 1) Ouvrir l'emballage du dispositif Mix2Vial® en retirant le capuchon. Ne **pas** retirer le dispositif Mix2Vial® de l'emballage transparent.
- 2) Placer le **flacon de diluant** sur une surface plane et propre et le tenir fermement. Saisir Mix2Vial® et son emballage, puis enfoncer **vers le bas** la pointe de l'adaptateur **bleu** au travers du bouchon du flacon de diluant **tout en la tenant bien droite**.
- 3) Retirer soigneusement l'emballage transparent dans lequel se trouve le dispositif Mix2Vial® en tenant l'emballage par le rebord, puis en le tirant **vers le haut**. S'assurer de ne retirer que l'emballage et non le dispositif Mix2Vial®.
- 4) Après avoir posé le **flacon de produit** sur une surface plane et rigide, retourner le flacon de diluant, auquel est attaché le dispositif Mix2Vial®, et enfoncer **vers le bas** la pointe de l'adaptateur **transparent** au travers du bouchon du flacon de produit **tout en la tenant bien droite**. Le diluant sera automatiquement transféré dans le flacon du produit.
- 5) Saisir d'une main la partie du Mix2Vial® comprenant le flacon de produit reconstitué et de l'autre, la partie comprenant le flacon de diluant, dévisser soigneusement, dans le sens antihoraire, le dispositif en deux pièces. Jeter le flacon de diluant et l'adaptateur Mix2Vial® bleu auquel il est fixé.
- 6) Faire tourner doucement le flacon de produit auquel l'adaptateur transparent est toujours fixé jusqu'à ce que le produit soit complètement dissous. Ne pas secouer le flacon.
- 7) Aspirer de l'air dans une seringue stérile vide. En gardant le flacon de produit à la verticale, visser, dans le sens horaire, la seringue au raccordement de type Luer-Lock du dispositif Mix2Vial®. Appuyer sur le piston de la seringue afin d'injecter l'air dans le flacon de produit.
- 8) Tout en maintenant le piston de la seringue enfoncé, retourner le flacon de produit et aspirer la solution dans la seringue en tirant lentement sur le piston.
- 9) Une fois que la solution a été transférée dans la seringue, tenir fermement le cylindre de la seringue (en gardant le piston de la seringue orienté vers le bas) et dévisser, dans le sens antihoraire, le dispositif transparent Mix2Vial® de la seringue.



Annexe 10 : Outil de mesure des indicateurs – Service de téléthrombolyse pour les cas AVC aigu



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 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

Outil élaboré par Anrick Bouchard, chargé de projet téléthrombolyse RUS-UL, volet démonstration. Avec la collaboration du RUS de l'Université de Montréal, l'INSIS et du MRE. Mise à jour par équipe clinique du CHUM. Source : « Outil de mesure des indicateurs : projet de démonstration thrombolyse-AVC ». CRRS Alphonse Desjardins, novembre 2013, inspiré de Rock H. Proceedings of a National Symposium on Rapid Identification and Treatment of Acute Stroke: Response System for Patients Presenting With Acute Stroke. http://www.stroke.nib.gov/news_and_events/proceedings/stroke_proceedings/rock.htm. Consulté en ligne le 30 septembre 2013.