



ACCUEIL CLINIQUE - DEMANDE DE RÉFÉRENCE
ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE

Consentement: Patient Représentant légal : _____ Double identification faite

SUSPICION D'ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT/IPS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La personne répond aux critères généraux d'admissibilité de l'accueil clinique | <ul style="list-style-type: none">- Déficit accompagné de fibrillation auriculaire de novo- Instabilité hémodynamique- Déficit neurologique focal persistant de < 48 h- Céphalée inhabituelle d'installation brutale- Si symptômes < 8 h (possibilité de thrombolyse) (911)- Syncope- Suspicion de dissection |
| <input type="checkbox"/> On suspecte un accident ischémique transitoire chez cette personne et les symptômes sont apparus > 48 h - < 2 semaines (RISQUE ACCRU D'ACV) | |
| <input type="checkbox"/> Le score ABCD2 (voir verso) pour cette personne est (obligatoire) : _____ | |
| <input type="checkbox"/> La personne ne présente aucun des critères d'exclusion suivants : *Si oui, diriger vers l'urgence* | |
| <input type="checkbox"/> Le bilan comparatif des médicaments (BCM de l'usager (ou une liste à jour de ses médicaments) est joint à cette demande (obligatoire) | |

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRE) : Situation 1 OU Situation 2 (voir verso)

INFORMATIONS PATIENT :

Numéro de téléphone (maison) : _____ Numéro de téléphone (cellulaire) : _____

J'accepte que les procédures diagnostiques incluses dans l'ordonnance individuelle standardisée soient appliquées (voir verso)

J'ai remis une ordonnance à l'usager (réf. : NEURO. -1) à débiter ce jour

RÉFÉRENT/IPS

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom et prénom du MD/IPS

Clinique

No téléphone pour les prochaines 24 h

No Télécopieur

ESTAMPE

SIGNATURE DU MÉDECIN /IPS

No DE PERMIS

DATE (AAAA-MM-JJ)

HEURE

MD qui accepte de faire le suivi de l'épisode (SI DIFFÉRENT)

Joignable pour les prochaines 24 h au _____

NOM ET PRÉNOM DU MD (LETTRES MOULÉES)

No TÉLÉPHONE

ACCUEIL CLINIQUE SITE VERDUN : VEUILLEZ TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 514-765-8529 / INFIRMIÈRE TÉL. : 514-765-8530

ACCUEIL CLINIQUE SITE NOTRE-DAME : VEUILLEZ TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 514-362-2829 / INFIRMIÈRE TÉL. : 514-413-8701

SUSPICION D'ACCIDENT ISCHÉMATIQUE TRANSITOIRE

SITUATION 1 : Faiblesse unilatérale transitoire, fluctuante ou persistante (visage, bras ou jambe) **OU** trouble de l'élocution

PRÉLÈVEMENT INITIAL

- **HÉMATOLOGIE** : FSC, Coagulogramme (**DÉLAI STAT**)
- **BIOCHIMIE** : Électrolytes, Glucose, Urée, Créatinine, DFG, HbA1C, AST, ALT, TSH (**DÉLAI STAT**)
Bilan lipidique à jeun (**DÉLAIS MAX ≤ 1 SEMAINE**)

ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES

- **ECG (DÉLAI STAT)**
- **CT SCAN CÉRÉBRAL ET DOPPLER CAROTIDIEN (DÉLAIS MAX : 24h)**
- **HOLTER (ECG DYNAMIQUE) ET ÉCHO CARDIAQUE TRANSTHORACIQUE (DÉLAIS MAX : < 1 SEMAINE)**

CONSULTATION EN NEUROLOGIE : POST CT SCAN ET/OU DOPPLER CARITIDIEN (DÉLAI MAX : 24h)

SITUATION 2 : Symptômes transitoires, fluctuants ou persistants, perte de sensibilité sensorielle de l'hémicorps, perte de l'acuité visuelle monoculaire aigüe, diplopie binoculaire, perte partielle de la vue d'un œil, dysmétrie// **SANS faiblesse motrice OU trouble de l'élocution.**

PRÉLÈVEMENT INITIAL

- **HÉMATOLOGIE** : FSC, Coagulogramme (**DÉLAI STAT**)
- **BIOCHIMIE** : Électrolytes, Glucose, Urée, Créatinine, DFG, HbA1C, AST, ALT, TSH (**DÉLAI STAT**)
Bilan lipidique à jeun (**DÉLAIS MAX ≤ 1 SEMAINE**)

ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES

- **ECG (DÉLAI STAT)**
- **CT SCAN CÉRÉBRAL ET DOPPLER CAROTIDIEN (DÉLAIS MAX : 72h)**
- **HOLTER (ECG DYNAMIQUE) ET ÉCHO CARDIAQUE TRANSTHORACIQUE (DÉLAIS MAX : < 2 SEMAINES)**

CONSULTATION EN NEUROLOGIE : POST CT SCAN ET/OU DOPPLER CARITIDIEN (DÉLAI MAX : < 2 SEMAINES)

Score ABCD2 : Score prédictif d'un AVC en fonction des signes avant-coureurs (signes d'AIT)

- A. = Âge.....âge de 60 ans et plus...../1 point
- B. = Pression artérielle.....de 140/90 mmHg et plus...../1 point
- C. = Manifestations clinique...../2 points
- ✓ Trouble de la parole sans déficit moteur (1 point)
 - ✓ Déficit moteur unilatéral (2 points)
 - ✓
- D. = Durée des symptômes...../2points
- ✓ 60 minutes et plus (2 points)
 - ✓ 10 à 59 minutes (1 point)
 - ✓ Moins de 10 minutes (0 point)
- E. = Diabète...../1 point
- ✓ Présence de diabète (1 point)
 - ✓ Absence de diabète (0 point)
- TOTAL...../7 points**

RISQUE d'ACV dans les 2 prochains jours selon le score ABCD2 obtenu

Score	Risque 1%
0-3	1%
4-5	4.1%
6-7	8.1%

Réf : Johnston SC et al. Lancet 2007, Jan 27;369 :283-292. Traduction libre