



MOCLI60692

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ÉVALUATION MÉDICALE ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Date : _____ aaaa/mm/jj	Heure : _____ hh:mm	Âge : _____	Poids : _____ kg ☐ Estimé ☐ Réel	Taille : _____
Préhospitalier : ☐ Encodage : _____ hh:mm		Échelle Cincinnati ¹ : _____ /3		

NOTES

ÉVALUATION SUBJECTIVE

Début des symptômes : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm	
☐ Usager vu « normal » pour la dernière fois (état de base)	☐ AVC au réveil (wake-up stroke)
☐ < 4,5 h ☐ Entre 4,5 et 24 h ☐ > 24 h	
Provenance : ☐ Domicile ☐ RPA _____	☐ RI-RTF _____ ☐ CHSLD/MDA _____
Histoire : _____	
☐ Allergies : ☐ Iode ☐ Autre : _____	
Médicaments : ☐ Aucun ☐ Liste DSQ ☐ Anticoagulant	
Antécédents : _____	
Échelle modifiée de Rankin (mRS) Score _____ ☐ Fait à _____ hh:mm *Cible ≤ 4 h après triage	
Niveau de soins (AH-744) : ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ Fait à _____ hh:mm *Cible ≤ 24 h après triage	

ÉVALUATION OBJECTIVE

Signes vitaux					
TA : _____	FC : _____	Sat : _____ %	FR : _____	T° : _____	Glycémie : _____ mmol/L
Observations : ☐ Aphasie ☐ Hémiparésie : ☐ Gauche ☐ Droite ☐ Déviation labiale : ☐ Gauche ☐ Droite					
National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) Score _____ ☐ Fait à _____ hh:mm *Cible ≤ 4 h après triage					
Examen physique : _____					

EXAMEN DIAGNOSTIQUE

☐ Scan C- / Angioscan cérébral et cervical : Demandé à : _____ hh:mm *Cible scan : ≤ 15 min après triage

Signature du médecin : _____ # de permis : _____ Date : _____ aaaa-mm-jj

RETOUR DU SCAN

Heure de communication du résultat : hh:mm *Cible résultat : ≤ 20 min après triageRésultat : ☐ Normal ☐ Lésion ischémique ☐ Hémorragie intracérébrale ☐ AutreScore ASPECTS : _____ *Cible ≤ 4 h après triageRéévaluation de l'usager : ☐ Neurologue au chevet : hh:mm

INTERVENTIONS

Thrombolyse : ☐ Oui OIPI-794 Thrombolyse *Cible thrombolyse : ≤ 30 min après triage ☐ Non OIPI-702 AVC non thrombolysé

Discutée avec neurologue : _____

☐ Prescrite à : hh:mmIndication de thrombectomie : ☐ Oui ☐ Non Institut-hôpital neurologique de Montréal (INM) signalé à : hh:mmDiscutée avec neurologue INM : _____ Retour d'appel : hh:mm

SUIVIS

☐ Dépistage dysphagie demandé *Cible ≤ 4 h après triageRequête de consultation complétée : ☐ Intervenante pivot AVC ☐ Physiothérapeute Au besoin : ☐ Ergothérapeute☐ OrthophonisteHeure de demande d'hospitalisation : hh:mm

NOTES

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) – Phases hyperaiguë et aiguë. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-944-01W.pdf>

Signature du médecin : _____ # de permis : _____ Date : aaaa-mm-jj