



MOCLI60159

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

TRIAGE ET SUIVI
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Triage : ☐ Évaluation brève ☐ Évaluation complète

Date : _____ aaaa/mm/jj	Heure : _____ hh:mm	Âge : _____	Poids : _____ kg ☐ Estimé ☐ Réel	Taille : _____
Mode d'arrivée : ☐ Ambulant ☐ Ambulance				
Préhospitalier : ☐ Encodage : _____ hh:mm				
Résultat Cincinnati : _____ /3				
☐ Mise tension scan : _____ hh:mm				
Médecin au chevet : _____ hh:mm *Cible équipe AVC ≤ 20 min après préavis				
Accompagnateur : ☐ Oui ☐ Non Préciser le lien : _____				
Orientation : ☐ Réanimation ☐ Cubicule ☐ Civière ☐ Autre : _____				
Priorité : I II III IV Signature de l'infirmière : _____				

ÉVALUATION SUBJECTIVE

Début des symptômes : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm	☐ Inconnu ☐ < 4,5 h ☐ Entre 4,5 et 24 h ☐ > 24 h
Histoire : _____	
Description des symptômes PQRSTU : _____ Allergies _____	
Médicaments ☐ Aucun ☐ Liste DSQ ☐ Anticoagulant	
Passé _____	
Last meal _____	
Environnement _____	
P provoqué Q qualité R région S symptômes T temps U compréhension	

ÉVALUATION OBJECTIVE

Signes vitaux					
TA : _____	FC : _____	Sat : _____ %	RR : _____	T° : _____	Glycémie : _____ mmol
État de conscience ☐ Alert ☐ Verbal ☐ Pain ☐ Unresponsive			Pupilles ☐ PERL ☐ Anormales		
Échelle de Cincinnati					
1. Affaissement facial ☐ Normal (0) ☐ Anormal (1)	2. Affaissement d'un bras ☐ Normal (0) ☐ Anormal (1)	3. Parole et discours ☐ Normal (0) ☐ Anormal (1)	Total _____ /3		
Observations : ☐ Aphasie ☐ Hémiparésie : ☐ Gauche ☐ Droite ☐ Déviation labiale : ☐ Gauche ☐ Droite					
Autre : _____					

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

