Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

ADMISSION AVC POST-THROMBOLYSE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

TRAITEMENT

Alimentation

NPO jusqu'au test de dépistage de la dysphagie. Le dépistage doit être fait avant l'administration des médicaments PO.

Test de dépistage de la dysphagie :

Si dépistage **positif** : NPO et demander une consultation à l'équipe de dysphagie.

** Informer le médecin si le délai de consultation avec l'équipe de dysphagie est supérieur à 24 heures, afin de prévoir diète temporaire*

Si dépistage **négatif** : Diète _____

- Bilan ingesta et excreta q 8 h X 48 heures

☐ Tube naso-gastrique (administration de la médication via tube naso-gastrique si dysphagie). Attendre 4 heures post-thrombolyse avant l'installation, relié aux risques de saignement

Fonctions urinaires

- Bladder scan si incapable d'uriner
- Cathétérisme urinaire aux 6 heures si résultat du bladder scan supérieur à 300 mL
- Installer sonde urinaire si plus de 2 cathétérismes effectués

Mobilisation

- Repos strict au lit, tête de lit à 30° (pour 24 h post-thrombolyse)
- Mobilisation précoce progressive selon tolérance. Lever permis sauf si avis contraire du médecin traitant
- Bas à compression intermittente (BCI)

Autre : _____

EXAMENS DIAGNOSTIQUES

Remplir les requêtes nécessaires

☐ Scan cérébral de contrôle le : _____
☐ Doppler des carotides d'ici 24 heures
☐ ECG : _____
☐ Moniteur cardiaque / Télémétrie (OIPI-675)
☐ Holter 24 h ☐ Holter 48 h
☐ Écho cardiaque trans-thoracique
☐ Écho cardiaque transoesophagien

☐ Rx poumons AP ☐ Rx poumons latéral
☐ EEG
☐ Angio scan : _____
☐ IRM cérébrale : _____
☐ Autre : _____
_____

PRÉLÈVEMENTS À FAIRE 24 HEURES POST-THROMBOLYSE

▪ FSC	▪ Glycémie sérique	▪ Profil lipidique	▪ Calcium total	▪ Albumine
▪ Sodium	▪ Hb glyquée	▪ Tropo I	▪ Magnésium	
▪ Potassium	▪ Créatinine	▪ Protéines totales	▪ Phosphore	
▪ Chlore	▪ Urée	▪ PT – PTT	▪ Préalbumine	

Autre : _____

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

ADMISSION AVC POST THROMBOLYSE (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

PAR LA SUITE, PRÉLÈVEMENTS À FAIRE DIE X 4 JOURS	
▪ FSC	▪ Chlore
▪ Sodium	▪ Glycémie sérique
▪ Potassium	▪ Créatinine
Autre : _____	

CONSULTATIONS MÉDICALES *Remplir les requêtes nécessaires*		**CONSULTATIONS ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE** *Remplir les requêtes nécessaires*	
☐ Neurologie	☐ Ophtalmologie	☐ Intervenant(e) pivot AVC	☐ Orthophonie
☐ Cardiologie	☐ Médecine interne	☐ Physiothérapie	☐ Équipe dysphagie (si dépistage positif)
		☐ Ergothérapie	
		☐ Nutrition	☐ Travail social
Autre : _____		Autre : _____	

AUTRES ORDONNANCES

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)