

Installation: \_\_\_\_\_

## ADMISSION AVC NON THROMBOLYSÉ

Poids : \_\_\_\_\_ kg      Taille : \_\_\_\_\_ cm

Allergie(s) : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
année mois jour

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_

### MÉDICATION

**THROMBOPROPHYLAXIE À DÉBUTER DÈS L'ADMISSION : Remplir l'OIPI-714 Thromboprophylaxie médicale**

#### ANTIPLAQUETTES et AUTRES MÉDICAMENTS :

\_\_\_\_\_ ASA 80 mg, 4 comprimés pour 320 mg à croquer X 1 dose (dose de charge)  
Initiales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ASA 80 mg enrobé, 1 co PO DIE à débiter le \_\_\_\_\_  
Initiales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Clopidogrel (Plavix) 300 mg PO (4 co de 75 mg) X 1 dose (dose de charge) le \_\_\_\_\_ puis  
Initiales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Clopidogrel (Plavix) 75 mg 1 co PO DIE, débiter le \_\_\_\_\_  
Initiales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Statine : \_\_\_\_\_ PO DIE ou continuer statine  
Initiales \_\_\_\_\_ normalement prise par l'utilisateur si connue et dose plus forte que celle prescrite ci-dessus.

\_\_\_\_\_ Acétaminophène 650 mg PO ou IR aux 4 à 6 heures au besoin (dose maximale de 4 g/24 heures) si douleur ou fièvre  
Initiales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Morphine \_\_\_\_\_ mg SC aux 4 heures si douleur  
Initiales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Soluté NaCl 0,9% IV à \_\_\_\_\_ mL / heure  
Initiales \_\_\_\_\_

Si convulsions, administrer lorazépam 2 mg IV puis aviser médecin traitant  
Initiales \_\_\_\_\_

Prélever 0,5 mL (2 mg) de lorazépam 4 mg/mL de la fiole et diluer dans 1,5 mL de NaCl 0,9% pour un volume total de 2 mL et une concentration de 1 mg/mL et administrer en 1 minute.

Autre : \_\_\_\_\_

### SURVEILLANCE ET TRAITEMENT

- Admission à l'unité d'AVC, au nom de Dr(e) \_\_\_\_\_ Diagnostic : \_\_\_\_\_
- Saturomètre X 24 heures et prescrire la télémétrie l'OIPI appropriée.  
\_\_\_\_\_ Oxygène pour saturation O<sub>2</sub> supérieure à : \_\_\_\_\_ %  
Initiales \_\_\_\_\_
- Température aux 4 heures X 48 heures, puis selon routine
- Aviser si température buccale supérieure ou égale à 38°C ou rectale supérieure ou égale à 38,5°C
- Signes neuro + signes vitaux aux 30 minutes x 6 heures puis aux 4 heures x 24 heures puis TID par la suite.
- Aviser le médecin si TA systolique inférieure à \_\_\_\_\_ mmHg ou supérieure à \_\_\_\_\_ mmHg OU  
si TA diastolique inférieure à \_\_\_\_\_ mmHg ou supérieure à \_\_\_\_\_ mmHg
- Glycémie capillaire QID X 72 heures, aviser le médecin si glycémie supérieure ou égale à 10 mmol/L et remplir **OIPI-629 Insuline sous-cutanée selon échelle glycémique** au besoin

\_\_\_\_\_ Date et heure (AAAA-MM-JJ)

\_\_\_\_\_ Signature du prescripteur

\_\_\_\_\_ # permis

☐ Envoyé par \_\_\_\_\_ (init.)

Heure d'envoi : \_\_\_\_\_ Ordonnance relevée par : \_\_\_\_\_ (init. inf)

## ADMISSION AVC NON THROMBOLYSÉ

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
annéo mois jour

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_

| Alimentation                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NPO jusqu'au moment du test de dépistage de la dysphagie. Le dépistage doit être fait avant l'administration des médicaments PO.                                                                                                                                               |
| Test de dépistage de la dysphagie <ul style="list-style-type: none"> <li>• si dépistage positif : NPO, aviser le médecin et la pharmacie puis demander consultation « Équipe de dysphagie »</li> <li>• si dépistage négatif : Diète _____</li> </ul>                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bilan ingesta et excreta X 48 heures et bilan alimentaire X 48 heures</li> </ul>                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Tube naso-gastrique (administration de la médication via tube naso-gastrique si dysphagie et aviser pharmacie)                                                                                                                                        |
| Fonctions urinaires                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bladder scan si incapable d'uriner</li> <li>▪ Cathétérisme urinaire aux 6 heures si résultat du bladder scan supérieur à 300 mL</li> <li>▪ Installer sonde urinaire si plus de 2 cathétérismes effectués</li> </ul>                   |
| Mobilisation                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lever permis sauf si avis contraire du médecin traitant</li> <li>▪ Exercices musculaires actifs et passifs des membres inférieurs</li> <li>▪ Tête de lit à 30°</li> <li>▪ Mobilisation précoce progressive selon tolérance</li> </ul> |
| Autre : _____                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| EXAMENS DIAGNOSTIQUES                                                     |                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scan cérébral de contrôle le : _____             | <input type="checkbox"/> Rx poumons AP + latéral |
| <input type="checkbox"/> Doppler des carotides d'ici 24 heures            | <input type="checkbox"/> EEG                     |
| <input type="checkbox"/> ECG : _____                                      | <input type="checkbox"/> Angio scan : _____      |
| <input type="checkbox"/> Holter 24 h <input type="checkbox"/> Holter 48 h | <input type="checkbox"/> IRM cérébrale : _____   |
| <input type="checkbox"/> Écho cardiaque trans-thoracique                  | Autre : _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Écho cardiaque transoesophagien                  |                                                  |

| PRÉLÈVEMENTS À FAIRE LE JOUR DE L'ADMISSION |                                           |                                             |                                        |                              |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FSC                | <input type="checkbox"/> Créatinine       | <input type="checkbox"/> Tropo I            | <input type="checkbox"/> Calcium total | <input type="checkbox"/> Fer |
| <input type="checkbox"/> Sodium             | <input type="checkbox"/> PT – PTT         | <input type="checkbox"/> Protéines totales  | <input type="checkbox"/> Magnésium     | <input type="checkbox"/> B12 |
| <input type="checkbox"/> Potassium          | <input type="checkbox"/> Hb glyquée       | <input type="checkbox"/> Préalbumine        | <input type="checkbox"/> Folate        | <input type="checkbox"/> TSH |
| <input type="checkbox"/> Chlore             | <input type="checkbox"/> Profil lipidique | <input type="checkbox"/> sérologie syphilis | <input type="checkbox"/> Phosphore     | <input type="checkbox"/> CK  |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeûn    | <input type="checkbox"/> Albumine         | Autre : _____                               |                                        |                              |

|                                                   |                       |                                            |  |          |
|---------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|--|----------|
| Date et heure (AAAA-MM-JJ)                        |                       | Signature du prescripteur                  |  | # permis |
| <input type="checkbox"/> Envoyé par _____ (init.) | Heure d'envoi : _____ | Ordonnance relevée par : _____ (init. inf) |  |          |

## ADMISSION AVC NON THROMBOLYSÉ

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
année mois jour

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_

### PAR LA SUITE, PRÉLÈVEMENTS À FAIRE DIE X 4 JOURS

- |                                          |                                            |                                   |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FSC             | <input type="checkbox"/> Créatinine        | <input type="checkbox"/> Tropon I |
| <input type="checkbox"/> Sodium          | <input type="checkbox"/> Protéines totales | <input type="checkbox"/> CK       |
| <input type="checkbox"/> Potassium       | <input type="checkbox"/> PT – PTT          |                                   |
| <input type="checkbox"/> Chlore          | <input type="checkbox"/> Magnésium         |                                   |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeûn | Autre : _____                              |                                   |

### CONSULTATIONS MÉDICALES

- |                                           |                                        |
|-------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neurologie       | <input type="checkbox"/> Néphrologie   |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie      | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie |
| <input type="checkbox"/> Médecine interne | <input type="checkbox"/> Pneumologie   |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____    |                                        |

### CONSULTATIONS ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

- |                                                   |                                                                  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Intervenant(e) pivot AVC | <input type="checkbox"/> Orthophonie                             |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie           | <input type="checkbox"/> Équipe dysphagie (si dépistage positif) |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapie             | <input type="checkbox"/> Travail social                          |
| <input type="checkbox"/> Nutrition                | Autre : _____                                                    |

Date et heure (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Signature du prescripteur \_\_\_\_\_

# permis \_\_\_\_\_

☐ Envoyé par \_\_\_\_\_ (init.)

Heure d'envoi : \_\_\_\_\_ Ordonnance relevée par : \_\_\_\_\_ (init. inf)