Santé Québec
Montérégie-Ouest

Installation : _____

Dossier : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

ADMISSION AVC NON THROMBOLYSE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Admission à l'unité désignée d'AVC, au nom de Dr(e) _____ Diagnostic : _____

SURVEILLANCE ET TRAITEMENT PRESCRIPTIONS INITIALES

- Saturomètre x 24 heures et prescrire la télémétrie ou le moniteur cardiaque sur l'*OIPI-675 Surveillance par télémétrie ou moniteur cardiaque*
- Oxygène pour saturation en O_2 supérieure à _____%
- Signes vitaux q 4 h x 24 heures puis TID par la suite
- Évaluation neurologique selon *CLI-60174 Échelle neurologique canadienne (ENC)* q 4 heures x 24 heures, q 8 heures (Jours 1 à 3) et DIE (Jours 4 à 7) si état idem
- Aviser médecin si TAS inférieure à _____ mmHg ou supérieure à _____ mmHg **OU**
  si TAD inférieure à _____ mmHg ou supérieure à _____ mmHg
- Glycémie capillaire QID x 72 heures, aviser médecin si glycémie supérieure ou égale à 10 mmol/L et remplir l'*OIPI-629 Insuline sous-cutanée selon échelle glycémique* au besoin

Alimentation

NPO jusqu'au moment du test de dépistage de dysphagie. Le dépistage doit être fait avant l'administration de médication PO

Test de dépistage de dysphagie si **dépistage positif** : NPO, aviser médecin et pharmacie puis demander consultation « Équipe de dysphagie »
☐ TNG (administration de la médication via tube nasogastrique et aviser pharmacie)
si **dépistage négatif** : Diète _____
☐ Hyposodée (2,3 g) ☐ Contrôlée en glucides

- Bilan ingesta/excreta et bilan alimentaire x 48 heures

Fonctions urinaires

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

Mobilisation

- Lever permis sauf si avis contraire du médecin traitant
- Exercices musculaires actifs et passifs des membres inférieurs
- Tête de lit à 30 degrés
- Mobilisation précoce progressive selon tolérance

Autre : _____

ANALYSES DE LABORATOIRES – Le jour de l'admission

- FSC
- Sodium
- Potassium
- Chlore
- Glycémie à jeun
- Créatinine
- PT-PTT
- Hb glyquée
- Profil lipidique

Autre : _____

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

ADMISSION AVC NON THROMBOLYSE (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

Analyses de laboratoires – DIE x 4 jours

- FSC
- Sodium
- Potassium
- Chlore
- Glycémie à jeun
- Créatinine

Autre : _____

ANALYSES ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

☐ Scan cérébral de contrôle le : _____
☐ ECG (si non fait) : _____
☐ Holter 24 heures ☐ Holter 48 heures
☐ Écho cardiaque trans-thoracique
☐ Écho cardiaque transoesophagien
☐ RX Poumons AP + latéral
☐ EEG
☐ Angio scan tête et cou : _____
☐ IRM cérébrale : _____

Autre : _____

ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES

Thromboprophylaxie à débuter dès l'admission : Remplir l'*OIPI-714 Thromboprophylaxie*

Accès veineux

_____ Soluté NaCl 0,9% IV à _____ mL/h
Initiales

Antiplaquettaires

_____ AAS 320 mg (4 comprimés à croquer de 80 mg) PO x 1 dose STAT (dose de charge)
Initiales

_____ AAS 80 mg PO DIE à débuter le lendemain de la dose de charge, s'il y a lieu
Initiales

_____ Clopidrogel 300 mg PO (4 comprimés de 75 mg) x 1 dose STAT (dose de charge)
Initiales

_____ Clopidrogel 75 mg PO DIE à débuter le lendemain de la dose de charge, s'il y a lieu
Initiales

_____ Continuer statine normalement prise par l'usager (préciser : _____PO DIE)
Initiales

OU

_____ Statine _____ PO DIE
Initiales

Analgésie

_____ Acétaminophène 650 mg ☐ PO ☐ IR q 4-6 h PRN si douleur ou fièvre
Initiales

_____ HYDROmorphone _____ mg SC q 4 h PRN **(Favoriser si usager de 75 ans et plus ET/OU fragile[1] ou IRC)**
Initiales

_____ Morphine _____ mg SC q 4 h PRN
Initiales

Autres médicaments

Si convulsion, aviser médecin traitant

_____ Lorazépam _____ mg IV x 1 dose en 2 min, répéter q 3 à 5 min ad résolution des convulsions.
Initiales Dose suggérée : 2 mg (Intervalle : 2 à 4 mg). Dose maximale : 8 mg/12 h

Autre : _____

1 → fragile = échelle de fragilité de 4 et plus (voir *AMC-DSIEU-6167 Échelle de fragilité clinique*)

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

ADMISSION AVC NON THROMBOLYSE (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

CONSULTATIONS

Médicales

☐ Neurologie ☐ Médecine interne ☐ Ophtalmologie
☐ Cardiologie ☐ Néphrologie ☐ Pneumologie

Autre : _____

Équipe interdisciplinaire

✓ Intervenant(e) pivot AVC ☐ Nutrition ☐ Équipe dysphagie (si dépistage positif)
☐ Physiothérapie ☐ Orthophonie ☐ Travail social
☐ Ergothérapie

Autre : _____

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