



Episign AVC

Questionnaire régulation

Centre :
.....
Patient N°:
.....

NOM : PRENOM : Age : ans Sexe : Homme Femme
(1 première lettre)

Situation du patient : **Autonome** : oui non **Besoin d'aide** : oui non **Grabataire** : oui non

Traitement anticoagulant : non NSP Si oui : AOD AVK HNF (curative) HBPM (curative) NSP

Traitement antiagrégant plaquettaire : oui non NSP

Appel Primaire
 Appel Secondaire

Date/Heure d'appel SAMU:

le :
à :h.....

Nature de l'appelant:

Patient/Témoin Généraliste/SOS
 Service d'urgence EHPAD/SSR
 Aide à domicile Autre préciser :
.....

Utilisation d'un score de dépistage d'AVC :

Non FAST ROSIER Signes ASA

Autres préciser :

Déficit :

Persistant Régressif

Symptômes d'AVC sur :

Paralyse Faciale
 Déficit moteur/sensitif d'un membre
 Troubles du langage
 Troubles visuel
 Vertige
 Perte de conscience ou syncope
 Céphalée inhabituelle
 Crise comitiale
 Autres préciser :

Date et Heure du début des symptômes :

Connues : le/...../2016 àh.....
 Inconnues

**Date et Heure où patient vu la dernière fois
neurologiquement normal :**

le/..../2016 àh.....

ACTES DE REGULATION MEDICALE : Régulation AMU Régulation PDS **Heure :h.....**

Décision : SP/Secouristes SMUR Ambulance envoi d'un médecin de proximité Renfort SMUR

Conseil simple : patient Adressé au MT Envoyé aux urgences avec moyens personnels

Si SMUR déclenché : **Motif :** Détresse vitale Evaluation clinique

Envoi systématique sur procédure de service

Contact Régulateur-UNV : oui non **Heure :h.....**

Refus UNV : oui non **Nombre d'UNV contactées :**

Utilisation d'un outil de gestion des places en UNV

Contact Régulation-service d'urgence receveur : oui non **Heure :h.....**

SUSPICION D'AVC :

Alerte thrombolyse
 AVC hors délais
 AIT, indiquer Symptômes :
 Autres préciser :

DESTINATION:

Hôpital avec UNV sans thrombectomie
 Hôpital avec UNV avec thrombectomie
 Urgences proximité :
avec télé-médecine/Visio oui non
 Urgences hors filière UNV
 Autres préciser :

Le patient avait initialement été régulé : oui non

Transport :

Thrombolyse en cours oui non

Après fin thrombolyse oui non

Pour Thrombectomie oui non

LIEU D'ACCUEIL : **Heure :h.....**

Directement en Neuro-imagerie IRM Scanner
 En UNV
 Au SAU/ SAUV
 Réa/USC
 Autres préciser :



A remplir par investigateur local

Questionnaire Régulation

Centre :
.....

Patient N°:
.....

EVALUATION DU PATIENT A LA SORTIE OU AU PLUS TARD A J30

MODE DE SORTIE: Décès Toujours hospitalisé Non disponible
Retour à domicile SSR Institutionnalisation Contre avis médical

DATE DE SORTIE D'HOSPITALISATION: ___/___/____

DIAGNOSTIC RETENU A LA SORTIE DE L'HOPITAL: _____

RANKINS à la sortie d'hospitalisation ou max J30 : _____

Score de Rankins

- 0** Aucun symptôme
- 1** Pas de handicap significatif en dehors d'éventuels symptômes (capable d'assumer ses rôles, capable de mener ses activités).
- 2** Handicap léger (incapable de mener à bien toutes ses activités antérieures, capable de mener ses propres affaires sans assistance).
- 3** Handicap modéré (non autonome mais marche)
- 4** Handicap modérément sévère (incapable de marcher sans assistance, incapable de s'occuper de ses propres besoins sans assistance).
- 5** Handicap sévère (confiné au lit, incontinent et nécessitant une attention et des soins constants de nursing)
- 6** Décès

Les questionnaires seront transmis au centre de traitement des données par courrier, fax:

Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière
Urgences Cérébro-Vasculaires, Etude EPISIGNAVC
Dr. Sandrine Deltour et Dr. Yann L'Hermitte
47-83 Boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris
Fax : 01 42 16 21 04

Pendant la durée de l'étude, nous sommes
joignables quand vous le souhaitez:
Sandrine Deltour : 06 62 41 12 22
Yann L'Hermitte : 06 76 99 03 46

Pour toutes demandes d'information : episignavc@gmail.com