



# Episign AVC

## Questionnaire Urgences

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

Date/Heure d'arrivée SU: le : ..... à : .....h.....	Mode d'arrivée : Adressé par médecin : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> SMUR <input type="checkbox"/> SP/Secouristes <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Moyens personnels <input type="checkbox"/> Autre .....	Patient attendu au SAU par Neuro-Vasculaire pour alerte thrombolyse (procédure interne) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Déficit : <input type="checkbox"/> Persistant <input type="checkbox"/> Régressif <input type="checkbox"/> Aggravation	Réalisation d'un NIHSS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Score : ..... Si AIT, ABCD2 réalisé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Symptômes d'AVC sur : <input type="checkbox"/> Paralysie Faciale <input type="checkbox"/> Déficit moteur/sensitif d'un membre <input type="checkbox"/> Troubles du langage <input type="checkbox"/> Troubles visuel <input type="checkbox"/> Vertige <input type="checkbox"/> Perte de conscience ou syncope <input type="checkbox"/> Céphalée inhabituelle <input type="checkbox"/> Crise comitiale <input type="checkbox"/> Autres préciser : .....	Utilisation d'un score de dépistage d'AVC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> FAST <input type="checkbox"/> ROSIER <input type="checkbox"/> Signes ASA <input type="checkbox"/> Autres préciser : .....	
Imagerie avant prise en charge (transfert secondaire) <input type="checkbox"/> IRM à .....h..... <input type="checkbox"/> Non injecté <input type="checkbox"/> Perfusion <input type="checkbox"/> Scanner à .....h..... <input type="checkbox"/> Non injecté <input type="checkbox"/> Angioscan intra <input type="checkbox"/> Evaluation TSA <input type="checkbox"/> Non	Date et Heure du début des symptômes : <input type="checkbox"/> Connues : le ...../...../2016 à .....h..... <input type="checkbox"/> Inconnues	
Biologie (embarquée ou avant prise en charge si transport secondaire, ou) : Patients sous AVK, INR fait : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Valeur : ..... Patients ss AOD,Anti Xa /Antilla fait : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : ..... Test de dosage AOD : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Valeur : .....	Date et Heure où patient vu la dernière fois neurologiquement normal : le ..../..../2016 à .....h..... Heure de prise en charge (contact médical) ..... à : .....h.....	
Stratégies de re-vascularisation : Neuro-vasculaire présent auprès du patient : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ✓ Thrombolyse <input type="checkbox"/> oui .....h..... <input type="checkbox"/> non Si non pourquoi : ..... <input type="checkbox"/> Par télémédecine - avec visio-consultation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - par téléphone uniquement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ✓ Indication Thrombectomie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Unité NRI sur place <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Transfert pour thrombectomie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non pourquoi : .....	Traitements administrés <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> traitement HTA <input type="checkbox"/> Antipyrétique <input type="checkbox"/> Antalgiques <input type="checkbox"/> Anti épileptiques <input type="checkbox"/> Autres : .....	Autres Traitements spécialisés <input type="checkbox"/> Réversion anti-Vit K <input type="checkbox"/> Réversion AOD <input type="checkbox"/> Transfusion de plaquettes <input type="checkbox"/> Autres : .....
Orientation : <input type="checkbox"/> Transfert Départ à .....h..... vers : <input type="checkbox"/> UNV de proximité (pas d'UNV dans établissement) <input type="checkbox"/> UNV de recours avec neuroradiologie interventionnelle <input type="checkbox"/> Directement Vers Neuroradiologie Interventionnelle <input type="checkbox"/> Neurochirurgie <input type="checkbox"/> Réanimation/USC <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Pas de transfert, patient hospitalisé en : <input type="checkbox"/> UNV sur place <input type="checkbox"/> Neurologie générale <input type="checkbox"/> Cardiologie <input type="checkbox"/> Gériatrie <input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> Neurochirurgie <input type="checkbox"/> Réanimation /USC <input type="checkbox"/> UHCD <input type="checkbox"/> Autre : .....	
<input type="checkbox"/> Retour à domicile		



# A remplir par investigateur local

Questionnaire Urgences

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](mailto:episignavc@gmail.com)