



# 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 : ☐ oui ☐ non

☐ SMUR ☐ SP/Secouristes ☐ Ambulance

☐ Moyens personnels ☐ Autre .....

**Patient attendu au SAU par Neuro-Vasculaire pour alerte thrombolyse (procédure interne) :** ☐ oui ☐ non

**Déficit :**

☐ Persistant

☐ Régressif

☐ Aggravation

**Réalisation d'un NIHSS :**

☐ Non ☐ Oui, Score : .....

Si AIT, **ABCD2** réalisé ☐ Non ☐ Oui

**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 : .....

**Utilisation d'un score de dépistage d'AVC :**

☐ Non ☐ FAST ☐ ROSIER ☐ Signes ASA

☐ Autres préciser : .....

**Date et Heure du début des symptômes :**

☐ Connues : le ...../...../2016 à .....h.....

☐ Inconnues

**Date et Heure où patient vu la dernière fois**

**neurologiquement normal :** le ..../..../2016 à .....h.....

**Heure de prise en charge (contact médical)**

..... à : .....h.....

**Imagerie avant prise en charge (transfert secondaire)**

☐ IRM à .....h.....

☐ Non injecté

☐ Perfusion

☐ Scanner à .....h.....

☐ Non injecté

☐ Angioscan intra

☐ Evaluation TSA

☐ Non

**Diagnostic final :**

☐ AIC

☐ AIT

☐ HSA

☐ Hématome intracérébral ☐ Thrombose Veineuse Profonde

☐ Autre : .....

**Biologie (embarquée ou avant prise en charge si transport secondaire, ou) :**

Patients sous AVK, INR fait : ☐ Non ☐ Oui, Valeur : .....

Patients ss AOD, Anti Xa /Antilla fait : ☐ Non ☐ Oui : .....

Test de dosage AOD : ☐ Non ☐ Oui, Valeur : .....

**Traitements administrés**

☐ Insuline

☐ traitement HTA

☐ Antipyrétique

☐ Antalgiques

☐ Anti épileptiques

☐ Autres : .....

**Autres Traitements spécialisés**

☐ Réversion anti-Vit K

☐ Réversion AOD

☐ Transfusion de plaquettes

☐ Autres : .....

**Stratégies de re-vascularisation :**

Neuro-vasculaire présent auprès du patient : ☐ oui ☐ non

✓ **Thrombolyse** ☐ oui .....h..... ☐ non

Si non pourquoi : .....

☐ Par télémedecine

- avec visio-consultation

☐ oui ☐ non

- par téléphone uniquement

☐ oui ☐ non

✓ **Indication Thrombectomie**

☐ oui ☐ non

Unité NRI sur place ☐ oui ☐ non

**Transfert pour thrombectomie :** ☐ oui ☐ non

Si non pourquoi : .....

**Orientation :**

☐ **Transfert** Départ à .....h..... vers :

☐ UNV de proximité (pas d'UNV dans établissement)

☐ UNV de recours avec neuroradiologie interventionnelle

☐ Directement Vers Neuroradiologie Interventionnelle

☐ Neurochirurgie

☐ Réanimation/USC

☐ Autre : .....

☐ **Pas de transfert, patient hospitalisé en :**

☐ UNV sur place

☐ Neurologie générale

☐ Cardiologie

☐ Gériatrie

☐ Médecine

☐ Neurochirurgie

☐ Réanimation /USC

☐ UHCD

☐ Autre : .....

☐ **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)