

Note de service

- Destinataire :** Médecins, gestionnaires et employés des unités d'hospitalisation d'HMR
- Expéditeur :** Gabrielle Grenier, coordonnatrice clinico- administrative du regroupement de médecine HMR
Ali Marie-Pier Molloy, CCSI volet médecine (intérim)
- Date :** 2 juin 2026
- Objet :** Déploiement de la conduite à tenir lors de suspicion d'AVC pour un usager hospitalisé à l'HMR
-

Bonjour,

Dans le cadre du mois de la sensibilisation à l'AVC, qui se déroule tout le mois de juin, nous souhaitons déployer une nouvelle conduite à tenir lorsqu'un AVC est suspecté chez un usager hospitalisé. Le déploiement est prévu le 15 juin 2026, sur les unités d'hospitalisation d'HMR.

Pour soutenir ce déploiement auprès du personnel de soins, nous avons préparé une capsule clinique de 7 minutes, disponible sur l'extranet dans la section DMSP. Voici le lien pour y accéder. La conduite à tenir s'y trouve également.

<https://extranetcemtl.cemtl.rtss.qc.ca/soins-et-services/services-professionnels/hospitalisation-en-medecine-et-medecine-specialisee/activites-ambulatoires>

Nous en profitons pour rappeler l'importance de bien connaître les signes VITE, qui correspondent aux trois signes les plus fréquents de l'AVC et qui mettent l'emphase sur l'urgence d'agir.

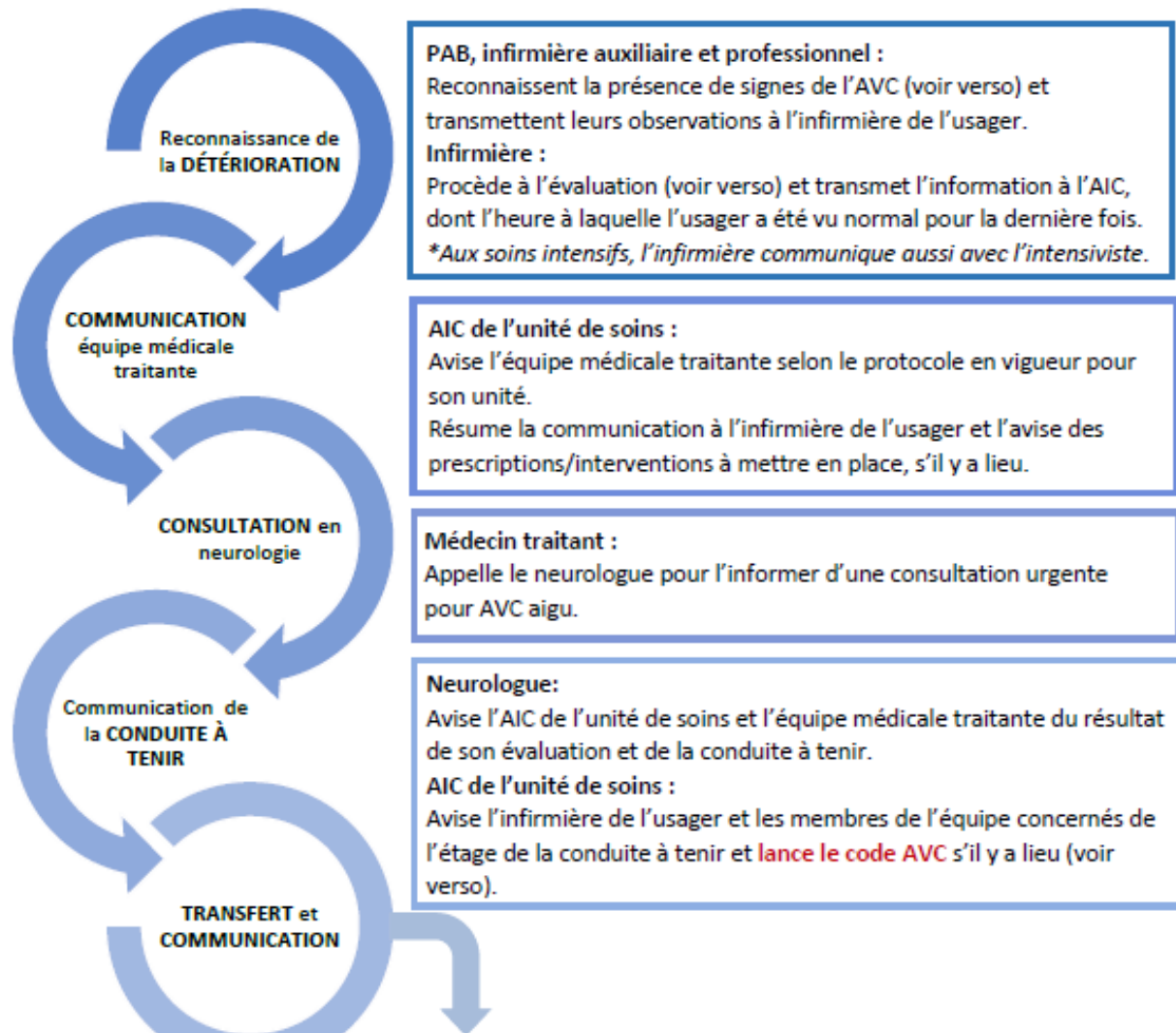
- V** Visage est-il affaissé?
- I** Incapacité à lever les deux bras normalement?
- T** Trouble de la parole trouble de la prononciation?
- E** Extrême urgence aviser l'infirmière, puis le médecin

Pour toutes questions en lien avec cette conduite à tenir, vous pouvez communiquer par courriel avec Gabrielle Grenier ou Ali Marie-Pier Molloy.



CONDUITE À TENIR ET COMMUNICATION LORS DE SUSPICION D'AVC POUR UN USAGER ADULTE HOSPITALISÉ À L'HMR*

*Incluant les soins intensifs, mais excluant l'urgence, la salle d'accouchement et les usagers en soins de fin de vie ou ayant un NIM de 4



Intervenants	Traitements prévus /envisagés			
	Thrombolyse*	Neurochirurgie	Thrombolyse et thrombectomie*	Thrombectomie seulement *
Neurologue	Avise les soins intensifs du besoin d'un lit**	Demande une consultation en neurochirurgie	Avise les soins intensifs** Communique avec le neurologue du CHUM	Communique avec le neurologue du CHUM
Médecin des soins intensifs	Avise l'AIC des soins intensifs de l'admission à venir**			-
AIC des soins intensifs	Communique avec la gestion des lits/admission Avise l'infirmière qui va admettre l'usager**		Avise l'agente administrative pour une demande de transport	Avise l'agente administrative pour une demande de transport
AIC de l'unité de soins	Communique avec l'AIC des soins intensifs pour déterminer le moment du transfert Avise les intervenants devant être impliqués pour le transfert**			Avise l'agente administrative pour une demande de transport
Infirmière de l'unité de soins	Transmet le rapport à l'infirmière des soins intensifs L'informe des changements survenus pendant le transfert s'il y a lieu**			-
Médecin traitant	Avise la famille de l'évolution de la situation et du transfert de l'usager			

* Si possible selon la raison d'hospitalisation de l'usager, admettre celui-ci à l'unité AVC suivant la thrombolyse ou le retour de thrombectomie pour environ 24h.

** Élément ne s'appliquant pas pour usager déjà admis aux soins intensifs

- V** Visage est-il affaissé?
I Incapacité à lever les 2 bras normalement?
T Trouble de la parole trouble, de la prononciation?
E Extrême urgence : Aviser l'infirmière.

Évaluation clinique de l'infirmière

État de conscience, échelle de Glasgow, signes neurologiques*, signes vitaux et échelle de Cincinnati.

*Utilisation de l'échelle neurologique canadienne si infirmière formée.

Échelle de Cincinnati – Transmettre le score sur 3	
1. Affaissement facial	
Vérifier la présence d'hémiplégie faciale. Demander au patient de sourire en montrant les dents :	
<ul style="list-style-type: none"> Normal (0 points) : les deux côtés du visage sont symétriques Anormal (1 point) : un des côtés du visage ne bouge pas lors du sourire et semble affaissé 	
2. Affaissement d'un bras	
Vérifier la présence d'hémiplégie. Demander au patient de lever les bras devant lui, paume des mains vers le haut, et de fermer les yeux. La position doit être maintenue pendant plus ou moins 10 secondes.	
<ul style="list-style-type: none"> Normal (0 point) : Les deux bras restent en position ou bougent symétriquement Anormal (1 point) : Un des deux bras descend systématiquement comparé à l'autre 	
3. Parole et discours inadéquats	
Vérifier si la parole et le discours sont adéquats. Demander au patient de répéter la phrase suivante : « Le ciel est bleu à Cincinnati ».	
<ul style="list-style-type: none"> Normal (0 point) : Répète les mots sans aucun problème Anormal (1 point) : Le discours ou les mots sont inappropriés, ne prononce pas les mots correctement ou est incapable de parler. 	



CODE AVC

Permet la mise sous tension de l'équipe du scan et/ou des laboratoires à l'aide d'un téléavertisseur vocal.

Numéro à composer : 4466

Au signal du BIP, composer 55

À la fin du long BIP sonore, DIRE À DEUX REPRISES : CODE AVC, NOM DE L'UNITÉ.

Si seulement un scan est requis, préciser SCAN SEULEMENT.

La requête d'imagerie doit être complétée par le médecin.

Si le code AVC ne s'avère pas fondé ou que le scan n'est plus requis, aviser l'équipe du scan au poste 4299.



Planification d'un transport pour thrombectomie

1. Faire une demande de transport par ambulance et prévoir une escorte infirmière selon évaluation du neurologue :

Priorité 2

Intervention médicale d'urgence requise non disponible dans le centre demandeur : Transfert pour un patient instable avec risque élevé de morbidité et/ou de mortalité immédiate.

Cible délai d'arrivée : ≤ 30 minutes

2. Faire une copie du dossier pour le CHUM :

- | | |
|----------------------------------|--|
| ✓ Consultation en neurologie | ✓ Notes infirmières (3 derniers jours) |
| ✓ Autres consultations médicales | ✓ Notes d'évolution (3 derniers jours) |
| ✓ Feuille de NIH (HMR0312) | ✓ FADM |
| ✓ Derniers laboratoires | ✓ Feuille sommaire (si dispo) |