

# **Cartable d'information**

## **Protocole AVC aigu\***



**Réseaux montréalais et lavallois  
de la santé et  
des services sociaux**

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'île-de-Montréal*

**Québec** 

Le *Cartable d'information Protocole AVC aigu* est une production conjointe du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de Montréal (CCSMTL) et du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec Urgences-santé et avec l'ensemble des établissements publics de Montréal et de Laval :

- CISSS de Laval
- CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (COMTL)
- CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL)
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CNMTL)
- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMTL)
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
- Centre hospitalier universitaires Sainte-Justine (CHUSTJ)
- Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
- Institut de cardiologie de Montréal (ICM)
- Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM)

Ce document vise à aider les établissements dans l'organisation de leurs services pour les personnes présentant un AVC. **Les documents qui y sont intégrés étant sujets à changements, la date de mise à jour et la source sont clairement identifiées en bas de chacune des sections.**

La Coordination régionale des mesures d'urgence, sécurité civile et accès réseau (CRMUSCSAR) du CCSMTL tient à remercier les membres du groupe de travail qui ont rendu possible la publication de ce document et invite toute personne désirant un renseignement ou désirant apporter une correction ou une mise à jour à écrire à [salles.urgence.mtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:salles.urgence.mtl@ssss.gouv.qc.ca).

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

© CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de Montréal, 2016

Révision : mars 2024

# TABLE DES MATIÈRES

1.	<b>Organisation des services à Montréal et Laval</b> .....	4
2.	<b>Établissements à désignation AVC à Montréal et Laval</b> .....	6
	Présente les établissements à désignation AVC sur l'île de Montréal et Laval ainsi qu'une carte géographique permettant d'estimer la distance entre chacun des centres identifiés. Propose également une définition des différents niveaux d'établissement.	
3.	<b>Protocole préhospitalier pour les régions de Montréal et Laval</b> .....	8
	Présente le protocole préhospitalier utilisé par Urgences-santé pour les patients présentant un AVC.	
4.	<b>Protocole AVC aigu</b> .....	10
	Présente de façon visuelle la prise en charge générale d'un patient présentant un AVC, selon l'endroit de prise en charge (domicile, CH non désignés ou CH2-CH3) et explique les différentes étapes du processus.	
5.	<b>Protocole AVC aigu montréalais pour les CH non désignés</b> .....	11
	Présente de façon visuelle la prise en charge d'un patient AVC aigu se présentant en CH non désignés indique toutes les étapes devant être effectuées par le personnel de l'urgence pour assurer son transfert dans un CH2 et CH3.	
6.	<b>Directive régionale AVC (corridors de service et ententes interétablissements)</b> .....	12
	Explique les principes directeurs du protocole et présente les différents « paraiges » entre les établissements désignés centres receveur AVC et les centres non désignés.	
7.	<b>Procédures d'appel – transferts interhospitaliers – CH2 et CH3</b> .....	13
	Fournit la marche à suivre et les coordonnées pour joindre rapidement les CH2 et CH3 lors d'un transfert de patient AVC aigu.	
8.	<b>Protocole de rapatriement à partir du CH3 vers les CH2</b> .....	14
	Explique les différentes options de rapatriement vers le CH d'appartenance (clinique ou géographique) en fonction de la condition clinique à la suite d'un traitement ou consultation reçu en CH3. Propose également une carte avec codes postaux permettant d'identifier le CIUSSS d'appartenance géographique.	
9.	<b>Exemple de trajectoire hospitalière d'un patient ayant subi un AVC</b> .....	16
	Présente les différentes étapes de la trajectoire hospitalière du patient en fonction d'une ligne du temps.	
10.	<b>Annexes</b> .....	17
10.1	Extrait de la mise à jour de l'entente de répartition .....	18
10.2	Exemple de protocole interdisciplinaire (CHUM) .....	21
10.3	Exemple de protocole en soins infirmiers (CHUM) .....	53
10.4	Indicateurs AVC - Thrombectomie - Trajectoire clinique phase hyperaigue .....	85
10.5	Procédure d'appel - Rapatriement en AVC - CISSS de Laval .....	88

## 1. ORGANISATION DES SERVICES À MONTRÉAL ET À LAVAL

Toutes les cinq secondes, une personne dans le monde est victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC). L'AVC est d'ailleurs la première cause d'incapacité grave et représente la troisième (3<sup>e</sup>) cause de mortalité, après les cardiopathies et le cancer, dans les pays industrialisés. L'AVC étant une maladie chrono dépendante, il est primordial de diriger rapidement les patients atteints vers un établissement en mesure de répondre à leur condition.

En 2008, un comité d'experts a préparé un document qui présentait un portrait du contexte québécois et de la situation des soins et services en matière d'AVC. Suite à ce portrait, l'INESSS a proposé une hiérarchisation des infrastructures (à trois niveaux) pour le traitement des AVC, soit: centres primaires, centres secondaires et centres tertiaires.

En 2013, dans son document intitulé « Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral »<sup>1</sup>, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) adoptait, pour les années 2013-2018, les grandes orientations suivantes :

1. Reconnaître l'AVC comme une urgence médicale à chrono dépendance.
2. Admettre les patients ayant subi un AVC directement à une unité AVC, et ce, le plus rapidement possible.
3. Offrir des services de réadaptation coordonnés spécifiques à l'AVC.
4. Rendre accessible l'expertise en maladie cérébrovasculaire à l'ensemble de la population québécoise (équité).

En 2014-2015, les régions de Montréal et Laval comptaient 2 388 hospitalisations pour un diagnostic d'AVC ischémique.<sup>2</sup> Ainsi, en 2015, à la suite de la recommandation d'un comité de travail composé d'experts de différents établissements montréalais, six établissements du réseau montréalais ont reçu une désignation ministérielle à titre de centre receveur AVC. Le centre hospitalier situé sur le territoire lavallois a également reçu cette désignation. Deux centres ont été désignés « centre tertiaire » (CH3) et cinq ont reçu la désignation de « centre secondaire » (CH2) alors que les autres hôpitaux de soins généraux et spécialisés avec salle d'urgence sont demeurés « centre généraux sans désignation » (CH non désignés) (voir section 2. Les établissements à

Des études récentes ont démontré que l'utilisation de la thrombectomie mécanique chez les patients présentant un AVC ischémique avec occlusion de l'artère proximale permet une augmentation du taux de réussite d'une intervention de 33 % à 50 %. Le taux de mortalité, quant à lui, baisse de moitié, passant de 20 % à 10 % des patients. Par ailleurs, ces études révèlent également que les patients ayant bénéficié du traitement endovasculaire étaient plus susceptibles de conserver peu de séquelles, sinon aucune, et couraient aussi beaucoup moins de risque de mourir de l'AVC.<sup>3</sup>

Le nouveau comité aviseur AVC des réseaux montréalais et lavallois propose donc des modifications au protocole actuellement en vigueur à Montréal et Laval afin de diriger, lors du transport primaire, davantage de patients présentant un AVC aigu\* vers un centre hospitalier tertiaire où le traitement par

<sup>1</sup> <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-944-01W.pdf>

<sup>2</sup> Données MED-ECHO 2013-1014.

<sup>3</sup> [http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414905?query=featured\\_home\\_&](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414905?query=featured_home_&)

thrombectomie est disponible. Par ailleurs, comme environ 25% des patients ayant subi un AVC se dirigent eux-mêmes dans le centre hospitalier de leur choix, des corridors de transferts sont établis entre les différents niveaux d'établissements pour assurer que les patients soient dirigés au bon endroit, au bon moment.

Le présent document présente donc l'ensemble des protocoles associés à cette nouvelle orientation et **se veut un guide pour les établissements** devant effectuer des transferts et rapatriements entre leur centre hospitalier et un centre receveur.

## 2. ÉTABLISSEMENTS À DÉSIGNATION AVC À MONTRÉAL ET LAVAL

- **CH3 - centres tertiaires AVC:**
  - Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal - CHUM
  - Hôpital neurologique de Montréal (Centre universitaire de santé McGill - CUSM)
- **CH2 - centres secondaires AVC:**
  - Hôpital de la Cité-de-la-Santé (CISSS de Laval)
  - Hôpital général juif SMBD (CIUSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal - CCOMTL)
  - Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal - CEMTL)
  - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal - CNMTL)
- **CH non désignés :**
  - Centre hospitalier de St. Mary (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal - COMTL)
  - Hôpital Santa Cabrini (CEMTL)
  - Hôpital Notre-Dame (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal - CCSMTL)
  - Hôpital Royal-Victoria (CUSM)
  - Hôpital Fleury (CNMTL)
  - Hôpital de LaSalle (COMTL)
  - Hôpital de Lachine (CUSM)
  - Hôpital Jean-Talon (CNMTL)
  - Hôpital général du Lakeshore (COMTL)
  - Hôpital de Verdun (CCSMTL)
  - Hôpital général de Montréal (CUSM)

### Définitions :

**Centres tertiaires (CH3):** possèdent le personnel, l'infrastructure, l'expertise et les programmes nécessaires pour offrir en tout temps des services diagnostiques et thérapeutiques aux personnes ayant subi un AVC et qui requièrent des soins médicaux et chirurgicaux intensifs, des tests ou des interventions spécialisés et surspécialisés dont la thrombectomie. Sur les territoires montréalais et lavallois, ces centres soutiennent les centres non désignés et secondaires avec lesquels ils sont « pairés ».

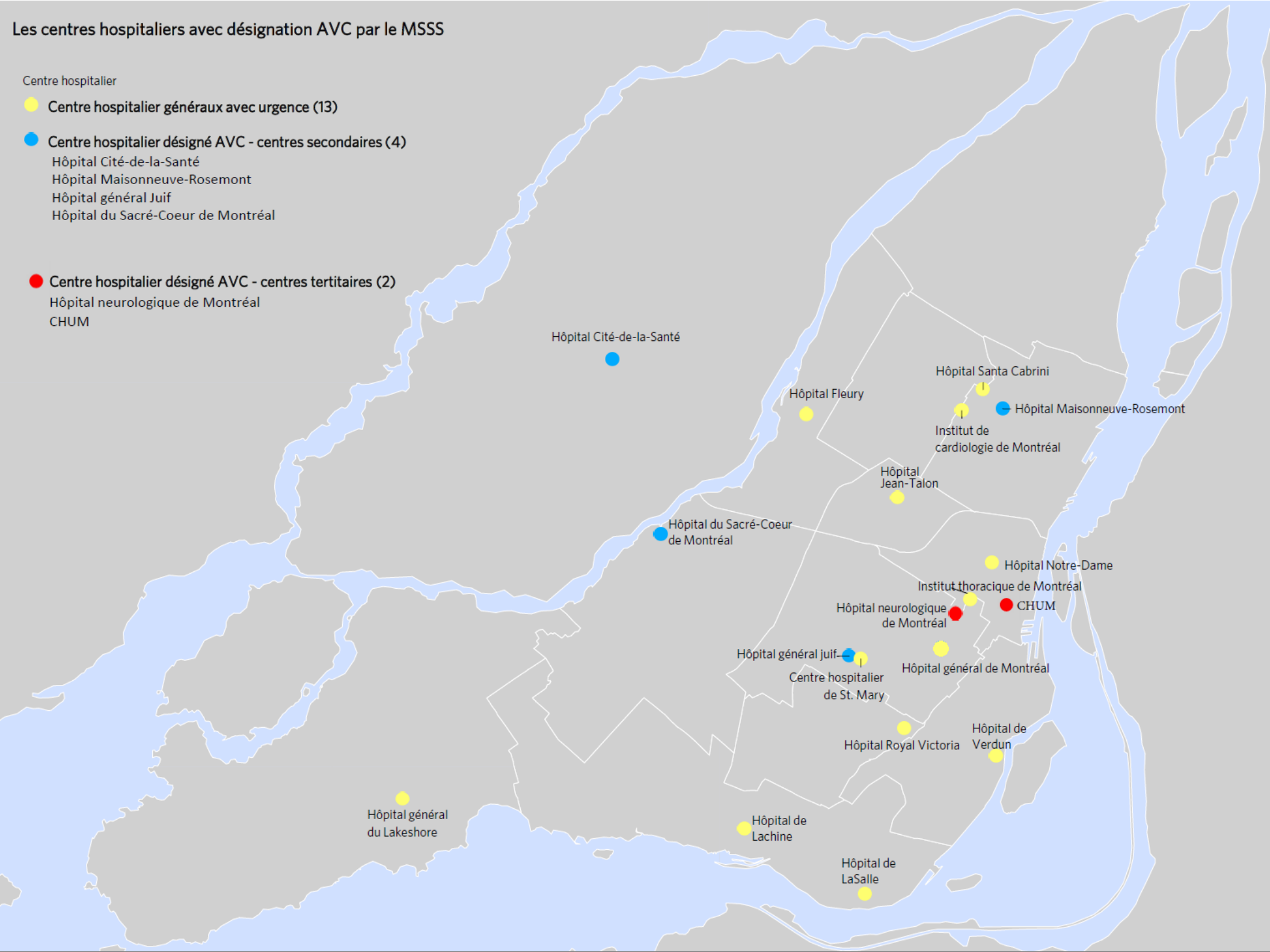
**Centres secondaires (CH2):** possèdent le personnel, l'infrastructure, l'expertise et les programmes nécessaires pour offrir en tout temps des services diagnostiques et thérapeutiques aux personnes ayant subi un AVC, dont la thrombolyse intraveineuse. Des équipes interdisciplinaires dédiées y œuvrent dans une unité AVC. Sur les territoires montréalais et lavallois, ces centres sont soutenus par l'expertise des centres tertiaires et soutiennent les centres non désignés avec lesquels ils sont « pairés ».

**Centres primaires (CH1) :** offrent des services de santé physique généraux et spécialisés à l'échelle locale et a la capacité de faire l'évaluation, le diagnostic et le traitement des événements vasculaires par trombolyse et télétrombolyse. Ce type de centres ne se trouvent pas sur le territoire montréalais.

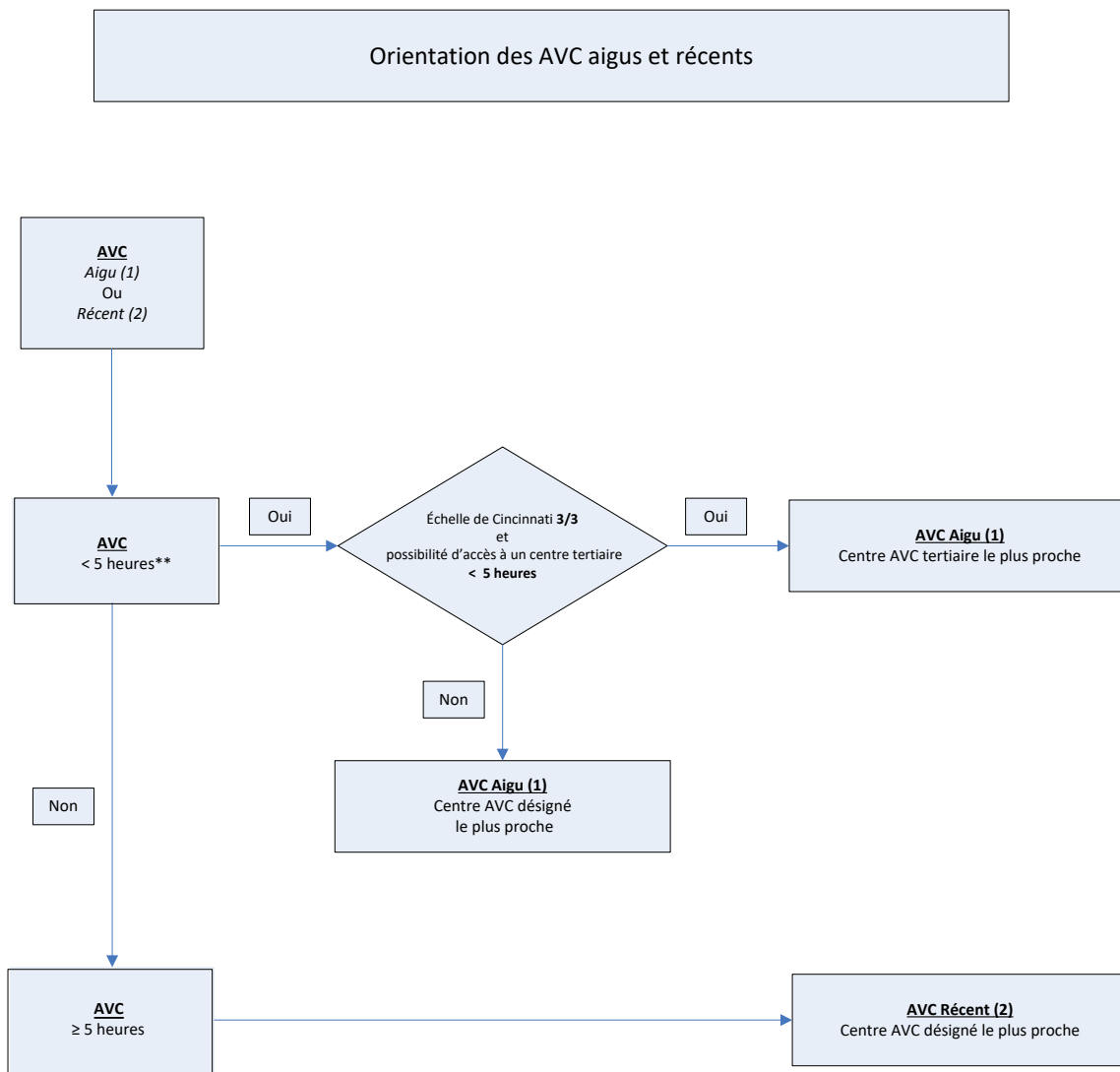
**Centres généraux non désignés :** offrent des services de santé physique généraux et spécialisés à l'échelle locale. Ont la capacité d'évaluer et de faire le diagnostic d'un patient présentant des signes et symptômes d'un AVC (accès à imagerie par tomographie par ordinateur et examens de laboratoire de base). centres n'ont pas d'unité d'AVC et doivent donc recourir aux transferts interétablissements s'ils reçoivent une clientèle ambulatoire susceptible d'AVC. Sur les territoires montréalais et lavallois, ces centres sont soutenus par l'expertise des centres secondaires et tertiaires avec lesquels ils sont « pairés ».

# Les centres hospitaliers avec désignation AVC par le MSSS

- Centre hospitalier
- Centre hospitalier généraux avec urgence (13)
  - Centre hospitalier désigné AVC - centres secondaires (4)
    - Hôpital Cité-de-la-Santé
    - Hôpital Maisonneuve-Rosemont
    - Hôpital général Juif
    - Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
  - Centre hospitalier désigné AVC - centres tertiaires (2)
    - Hôpital neurologique de Montréal
    - CHUM



### 3. PROTOCOLE PRÉHOSPITALIER POUR LES RÉGIONS DE MONTRÉAL ET LAVAL



<b>(1) AVC aigu</b>
- Adulte*;
- État de conscience à « A » ou « V » sur l'AVPU;
- <b>Délai d'arrivée au CH est &lt; 5 heures</b> après le début/l'identification des signes et symptômes**
- Glycémie ≥ 3.0 mmol/L;
- Le patient ne doit pas être en soins de fin de vie ou être à un niveau de soins D***.

<b>(2) AVC récent</b>
- Adulte*;
- État de conscience à « A » ou « V » sur l'AVPU;
- Début des signes et symptômes ≥ 5 heures
- Glycémie ≥ 3.0 mmol/L;
- Le patient ne doit pas être en soins de fin de vie ou être à un niveau de soins D***.

**\*Clientèle adulte ou pédiatrique** : un patient doit être considéré comme un adulte lorsqu'il est âgé de 12 à 14 ans ET qu'il présente des signes de puberté ou une morphologie adulte. Dans tous les cas, il doit être considéré comme un adulte lorsqu'il atteint l'âge de 15 ans. Par opposition, un patient qui ne répond pas aux critères de cette définition doit être considéré comme un patient pédiatrique.

**\*\*Si l'heure du début des signes et symptômes est inconnue** ou que ceux-ci ont été constatés au réveil du patient (*wake up stroke*), l'heure du début doit être considérée comme **le moment où les signes et symptômes ont été identifiés**.

**\*\*\* Niveau de soins D** : assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie.



Mise en tension au chevet du patient (pré-avis) pour l'AVC aigu seulement au support clinique (10-59)

- Numéro de véhicule;
- Le sexe du patient;
- L'âge;
- La raison du pré-avis (encodage) et les signes et symptômes principaux;
- Heure de début des signes et symptômes;
- Niveau de conscience sur l'AVPU;
- L'échelle de coma de Glasgow (yeux, verbale, motrice);
- Le résultat de l'échelle de Cincinnati (1-3/3), visage, bras, parole;
- Les signes vitaux (FR, FC, T/A, SPO2);
- La glycémie capillaire;
- Traitement(s) appliqué(s);
- L'estimation de votre temps d'arrivée au CH receveur.

Centres désignés pour les AVC

- Centres tertiaires:
- Hôpital neurologique de Montréal
  - Centre hospitalier universitaire de Montréal - CHUM
- Centres secondaires:
- Hôpital de la Cité-de-la-Santé-de-Laval
  - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
  - Hôpital général juif
  - Hôpital Maisonneuve-Rosemont

***À noter que l'orientation vers un centre AVC désigné le plus près, sans mentionner sa catégorie, peut être un secondaire ou un tertiaire car un tertiaire peut effectuer le même traitement qu'un secondaire.***

QSNP 2024-01-29

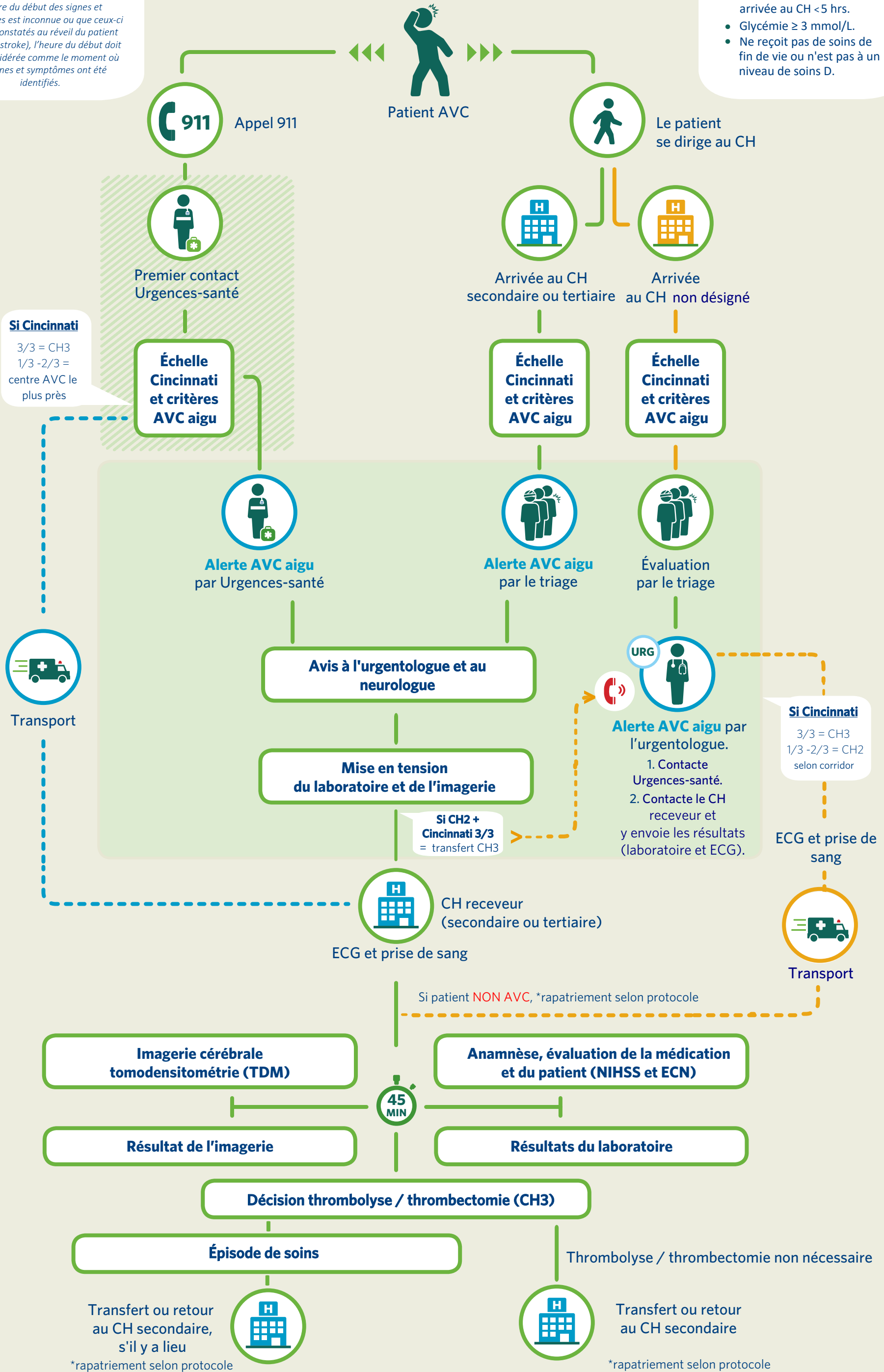
# 4. Protocole AVC aigu

## Accident vasculaire cérébral

\*Un AVC est aigu à moins de 5 heures depuis l'apparition des symptômes. Si l'heure du début des signes et symptômes est inconnue ou que ceux-ci ont été constatés au réveil du patient (wake up stroke), l'heure du début doit être considérée comme le moment où les signes et symptômes ont été identifiés.

## Critères AVC aigu d'Urgences-santé

- Patient adulte
- A ou V sur l'AVPU.
- Début des symptômes/ arrivée au CH < 5 hrs.
- Glycémie  $\geq 3$  mmol/L.
- Ne reçoit pas de soins de fin de vie ou n'est pas à un niveau de soins D.



# 5. Protocole AVC aigu - patient se présentant en CH non désignés

Un AVC est aigu à moins de 5 heures depuis l'apparition des symptômes. Si l'heure du début des signes et symptômes est inconnue ou que ceux-ci ont été constatés au réveil du patient (wake up stroke), l'heure du début doit être considérée comme le moment où les signes et symptômes ont été identifiés.



### Corridors de service

Pour connaître les corridors de service convenus entre les établissements, voir *Directive régionale AVC (corridors de service et ententes interétablissements)*.

### Transferts vers un CH3

#### Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

1. Composez le 514 890-8260 (ligne prioritaire)
2. Spécifier que vous désirez parler au médecin neurovasculaire de garde en thrombolyse/trombectomie.
3. Ayez en mains les renseignements suivants:
  - Nom de l'hôpital
  - Nom du médecin traitant et numéro pour le joindre
  - Numéro pour le rejoindre au besoin
  - Nom du patient (si possible)
4. Vous serez mis en attente pendant que la téléphoniste signale le médecin de garde NE PAS RACCROCHER, vous serez mis en contact direct.
5. Fin de la procédure.

#### Centre universitaire de santé McGill (Hôpital neurologique de Montréal)

1. Pour un lien direct avec neurovasculaire de garde pour transfert
  - Composez le 514 934-1934.
  - Composez le 1, puis le local 55555 pour discuter avec le neurovasculaire de garde.
2. Fin de la procédure.

Pour communiquer avec un CH2, voir *Procédure d'appels-transferts interétablissements*.

### Protocole de rapatriement

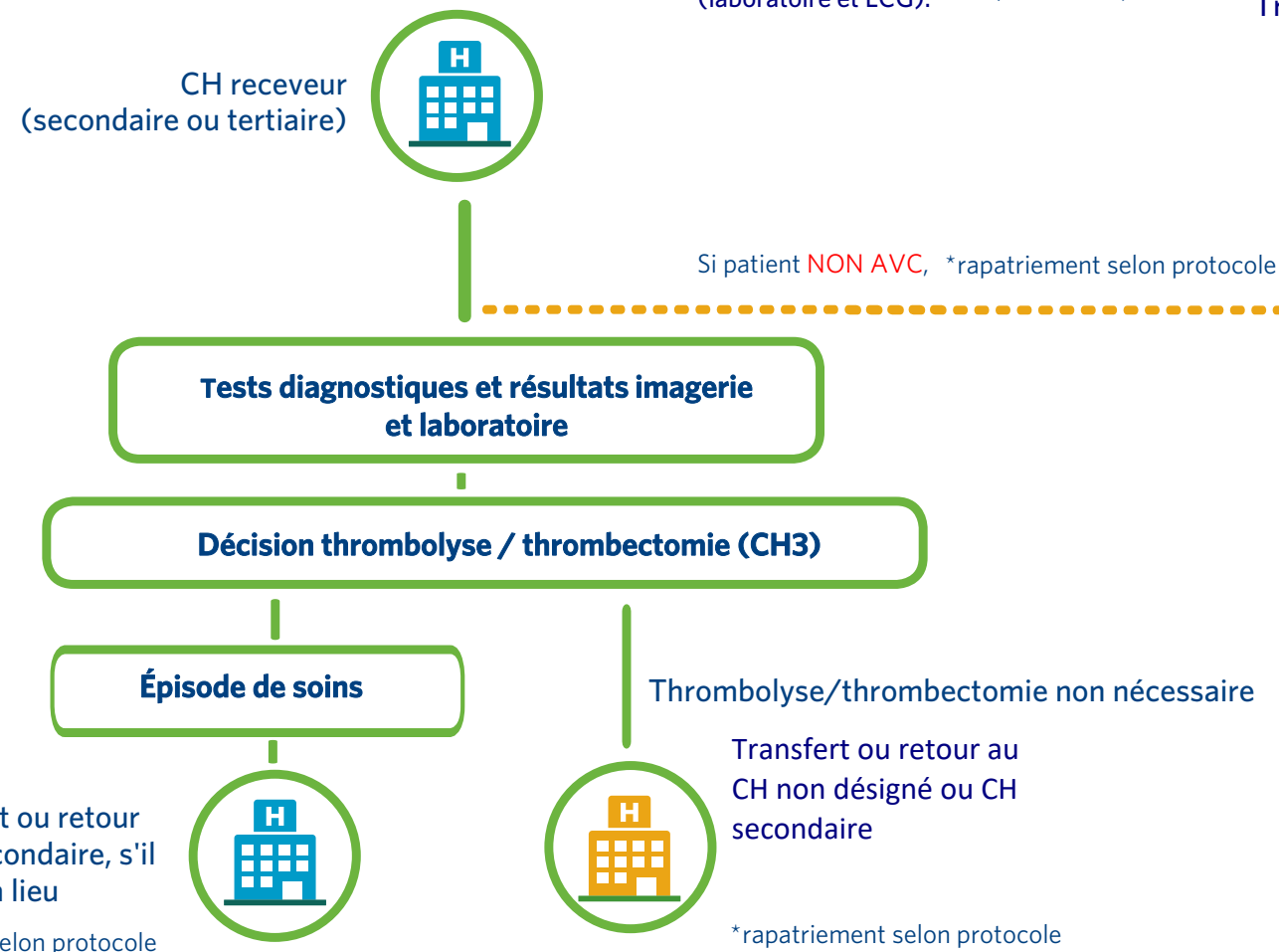
Pour connaître les modalités de rapatriement en fonction de la situation clinique du patient, voir le Protocole de rapatriement des patients AVC dirigés aux centres tertiaires (CH3) vers les centres secondaires (CH2) ou les centres non désignés.

### Échelle de Cincinnati

1. **Affaissement facial:** vérifier la présence d'hémiplégie faciale. Demander au patient de sourire en montrant les dents:
  - Normal (0 pt): les deux côtés du visage sont symétriques
  - Anormal (1 pt): un des deux 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:
  - Normal (0 pt): les deux bras restent en position ou bougent symétriquement.
  - Anormal (1 pt): un des deux bras descend systématiquement comparativement 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".
  - Normal (0 pt): répète les mots sans aucun problème.
  - Anormal (1 pt): le discours ou les mots sont inappropriés, ne prononce pas les mots correctement ou est incapable de parler.

### Critères AVC aigu - Urgences-santé

- Patient adulte.
- A ou V sur l'AVPU.
- Début des symptômes/arrivée au CH < 5 hrs.
- Glycémie  $\geq$  3 mmol/L.
- Ne reçoit pas de soins de fin de vie ou n'est pas en niveau de soins D.



\* rapatriement selon protocole

\* rapatriement selon protocole

## 6. DIRECTIVE RÉGIONALE EN LIEN AVEC LE PROTOCOLE AVC AIGU MONTRÉAL – LAVAL

### CORRIDORS DE SERVICE ET ENTENTES INTERÉTABLISSEMENTS

#### Principes directeurs

1. Utilisation du protocole AVC aigu par tous les centres hospitaliers (CH) de la région de Montréal et de Laval et par Urgences-santé.
2. Tout patient ayant fait un AVC qui nécessite une hospitalisation devrait être admis dans une unité AVC (CH2 ou CH3).
3. Tout CH non désigné devrait être « pairé » à un CH2 et à un CH3.
4. Tout CH2 devrait être « pairé » à un CH3.
5. Tout patient avec diagnostic AVC ayant été évalué ou traité dans un CH3 devrait ensuite être rapatrié<sup>1</sup>, selon sa condition clinique et/ou son appartenance clinique ou géographique dans un CH2.

Compte tenu des principes directeurs mentionnés ci-dessus, les corridors entre les différentes catégories de CH ont été établis selon les principes suivants :

1. Le déplacement le plus court entre le CH non désignés ou CH2 et le CH3 receveur (tertiaire/CH3).
2. L'équilibre en termes de volumétrie entre les CH receveurs (CH3).
3. Le « pairage » est effectué dans le respect de l'organisation des établissements montréalais et lavallois.

Pairage CH non désignés avec CH2	
CH non désignés	CH AVC secondaires (CH2)
CUSM / Hôpital de Lachine	CUSM / Hôpital neurologique de Montréal
CEMTL/ Hôpital Santa Cabrini	CEMTL/ Hôpital Maisonneuve-Rosemont
CCSMTL / Hôpital Notre-Dame	CHUM (CH3)
CNMTL/Hôpital Fleury	CNMTL/ Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
CNMTL/Hôpital Jean-Talon	CNMTL/ Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
COMTL / Hôpital de LaSalle	CCOMTL / Hôpital général juif
COMTL / Hôpital général du Lakeshore	Aigus: CNMTL/ Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal Récents : CUSM/ Hôpital neurologique de Montréal
COMTL / Centre hospitalier de St. Mary	CCOMTL / Hôpital général Juif
CSMTL / Hôpital de Verdun	CUSM / Hôpital neurologique de Montréal
CUSM / Hôpital Royal-Victoria	CUSM/ Hôpital neurologique de Montréal
Institut de cardiologie de Montréal	CH2 d'appartenance géographique <sup>2</sup>
CUSM / Hôpital général de Montréal	CUSM/ Hôpital neurologique de Montréal

Source : CRMUSCAR, septembre 2016.  
Révision : novembre 2022.

Pairage CH non désignés/CH2 avec CH3	
CH non désignés et secondaires	CH AVC tertiaires (CH3)
CCOMTL / Hôpital general juif	CUSM/Hôpital neurologique de Montréal
CEMTL/Hôpital Maisonneuve-Rosemont	CHUM
CEMTL / Hôpital Santa Cabrini	CHUM
CCSMRL/ Hôpital Notre-Dame	CHUM
CL/Hôpital de la Cité-de-la-Santé	CHUM
CNMTL / Hôpital Fleury	CHUM
CNMTL / Hôpital Jean-Talon	CHUM
CNMTL / Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	CHUM
COMTL / Hôpital général du Lakeshore	CUSM/Hôpital neurologique de Montréal
COMTL / Hôpital de LaSalle	CUSM/Hôpital neurologique de Montréal
COMTL/Centre hospitalier de St. Mary	CUSM/Hôpital neurologique de Montréal
CSMTL / Hôpital de Verdun	CUSM/Hôpital neurologique de Montréal
Institut de cardiologie de Montréal	CHUM
CUSM / Hôpital Royal-Victoria (site Glen)	CUSM/Hôpital neurologique de Montréal
CUSM / Hôpital de Lachine	CUSM/Hôpital neurologique de Montréal
CUSM / Hôpital général de Montréal	CUSM/Hôpital neurologique de Montréal

<sup>1</sup> Voir document *Protocole de rapatriement des patients AVC dirigés aux centres tertiaires (CH3) vers les centres secondaires (CH2)*

Source : CRMUSCAR, septembre 2016.

<sup>2</sup> L'ICM étant un hôpital suprarégional en cardiologie non désigné pour le traitement de l'AVC, les patients AVC subaigus doivent être orientés vers les CH2 d'appartenance géographique du territoire du patient pour Montréal et Laval. L'ICM utilisera les mêmes corridors de service que pour le jumelage des CH non désignés AVC avec CH2 pour Montréal en incluant l'Hôpital Cité-de- la-Santé pour les patients de Laval.

## 7. PROCÉDURE D'APPEL - TRANSFERTS INTERHOSPITALIERS - CH2 ET CH3

### CENTRES HOSPITALIERS TERTIAIRES (CH3)

#### CHUM

1. Le médecin doit composer le 514 890-8000 p.33333 (ligne prioritaire).
2. Spécifier que vous désirez parler au médecin neurovasculaire de garde en thrombolyse/thrombectomie.
3. La téléphoniste du CHUM demandera de fournir les renseignements suivants:
  - Nom de l'hôpital
  - Nom du médecin traitant et numéro pour le joindre au besoin
  - Nom du patient (si disponible)
4. Vous serez mis en attente pendant que la téléphoniste signale le médecin de garde NE PAS RACCROCHER, vous serez mis en contact direct.
5. Fin de la procédure.

#### Hôpital neurologique de Montréal (CUSM)

1. Pour discuter avec le **neurologue AVC** de garde pour un transfert :
  - Composez le 514 934-1934
  - Composez le 1, puis le local 55555
  - Demandez à la téléphoniste le neurologue AVC de garde
2. Fin de la procédure.

### CENTRES HOSPITALIERS SECONDAIRES (CH2)

#### Hôpital général juif SMDB (CCOMTL)

1. Composez le 514 340-8222
2. Du lundi au vendredi : composez le 25592 et demandez à parler au neurologue sur l'unité.  
Durant les fins de semaine : composez le poste 28232 et demandez à signaler le neurologue de garde.
3. Ayez en main les renseignements concernant le patient.
4. Fin de la procédure.

#### Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CEMTL)

1. Composez le 514 252-3400.
2. Composez le poste 4558 (renseignements des médecins).
3. Pour un transfert d'urgence à urgence : demandez le neurologue de garde.  
Pour un transfert le soir et la fin de semaine : demandez le neurologue de garde.  
Pour un transfert au service de neurologie, du lundi au vendredi, de 8h à 17h: demandez le neurologue du service de neurologie.
4. Ayez en main les renseignements concernant le patient.
5. Fin de la procédure.

#### Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (CNMTL)

1. Composez le 514 338-2222.
2. Demandez le poste 2050.
3. Demandez le neurologue de garde :
  1. **Les jours de semaine** : à l'étage de neurologie (patients hospitalisés).
  2. **Les soirs et fins de semaine** : neurologue de garde de l'hôpital.
  3. **Dans le cas d'un AVC aigu** : neurologue de garde à l'urgence.

#### Hôpital de la Cité-de-la-Santé (CISSS de Laval)

Voir annexe 10.5



## 8. PROTOCOLE DE RAPATRIEMENT DES PATIENTS AVC DIRIGÉS DES CENTRES TERTIAIRES (CH3) VERS LES CENTRES SECONDAIRES (CH2)

Notes à propos des transferts inter établissements :

- un transfert d'un CH2 à un CH3 nécessite un accompagnement infirmier avec protocole de soins (thrombolyse et gestion de la TA);
- le transfert au CH2 devrait se faire de jour, avant 20 heures. Advenant que la condition clinique du patient nécessite plus de 24 heures au CH3, le CH2 s'engage à reprendre le patient lorsque sa condition clinique le permet dans un délai de 24 heures.

### 1. RAPATRIEMENT DES PATIENTS DIRIGÉS DE FAÇON PRIMAIRE AU CENTRE TERTIAIRE (CH3) SELON LE PROTOCOLE PRÉHOSPITALIER AVC (transports primaires)

TYPE DE CAS	DEMANDE DE RAPATRIEMENT	DÉLAI D'ACCEPTATION ET DE TRANSFERT	AVIS DE TRANSFERT	DEMANDE DE TRANSFERT À URGENCES-SANTÉ <sup>1</sup>	ESCORTE INFIRMIÈRE	PRISE EN CHARGE
Patient avec diagnostic AVC <b>SANS INDICATION</b> de thrombolyse ou thrombectomie	CH3 : préavis post intervention- <b>Immédiat</b> : transmission de la demande de rapatriement (formulaire) à la gestion des lits <b>*8h à 20h</b> : appel du neurologue de garde à l'urgentologue du CH2	CH2 : immédiat	CH3 : avis de transfert au CH2 AVC d'appartenance géographique / territoriale	CH3 : priorité 5 selon la condition clinique du patient ( <i>le CH3 a la responsabilité de planifier le transport</i> ). La demande de transfert peut être planifiée immédiatement après le préavis post intervention.	CH3 : selon la condition clinique	CH2 : unité AVC / urgence
Patient avec diagnostic AVC avec intervention thérapeutique : <b>THROMBOLYSE SEULEMENT</b>	CH3 : préavis post intervention - <b>Immédiat</b> : transmission de la demande de rapatriement (formulaire) à la gestion des lits <b>*8h à 20h</b> : appel du neurologue de garde à l'équipe AVC du CH2	CH2 : au plus 12 heures	CH3 : avis de transfert au CH2 AVC d'appartenance géographique / territoriale	CH3 : priorité 6 selon la condition clinique du patient ( <i>le CH3 a la responsabilité de planifier le transport</i> ). La demande de transfert peut être planifiée immédiatement après le préavis post intervention.	CH3 : obligatoire si moins de 24 heures post thrombolyse	CH2 : unité AVC
Patient avec diagnostic AVC avec intervention thérapeutique : <b>THROMBECTOMIE MÉCANIQUE (AVEC OU SANS THROMBOLYSE)</b>	CH3 : préavis post intervention - <b>Immédiat</b> : transmission de demande de rapatriement (formulaire) à la gestion des lits <b>*8h à 20h</b> : appel du neurologue à l'équipe AVC du CH2	CH2 : au plus 24 heures	CH3 : avis de transfert au CH2 AVC d'appartenance géographique / territoriale	CH3 : priorité 6 selon la condition clinique du patient ( <i>le CH3 a la responsabilité de planifier le transport</i> ). La demande de transfert peut être planifiée immédiatement après le préavis post intervention.	CH3 : selon la condition clinique	CH2 : unité AVC
Patient <b>NON-AVC</b> / « stroke mimics »*	CH3 : préavis <b>immédiat</b> à l'urgentologue de l'installation d'appartenance clinique ou géographique (CH non désignés ou CH2).  * Dans certains cas, selon sa pathologie, le patient devra être admis au centre tertiaire (ex. encéphalite/méningite, status épileptique, tumeur cérébrale, hématomme sous-dural, etc.) si besoin d'une unité de soins neurologiques intensifs et/ou neurochirurgie	CH non désigné ou CH2 : immédiat	CH3 : avis de transfert au centre d'appartenance clinique ou géographique / territoriale	CH3 : priorité 5 selon la condition clinique du patient ( <i>le CH3 a la responsabilité de planifier le transport</i> ). La demande de transfert peut être planifiée immédiatement après le préavis post intervention.	CH3 : selon la condition clinique	CH non désigné ou CH2 : urgence


### 2. RAPATRIEMENT DES PATIENTS AVEC DIAGNOSTIC AVC DIRIGÉS D'UN CH non désigné/CH2 AU CH3 POUR THROMBECTOMIE MÉCANIQUE (transferts interétablissements – retour au CH2)

TYPE DE CAS	DEMANDE DE RAPATRIEMENT	DÉLAI D'ACCEPTATION ET DE TRANSFERT	AVIS DE TRANSFERT	DEMANDE DE TRANSFERT À URGENCES-SANTÉ <sup>1</sup>	ESCORTE INFIRMIÈRE	PRISE EN CHARGE
Patient avec diagnostic AVC <b>PAS DE THROMBECTOMIE ET/OU THROMBOLYSE EN COURS</b>	CH3 : post évaluation <b>Immédiat</b> : transmission de demande de rapatriement (formulaire) à la gestion des lits <b>*8h à 20h</b> : appel du neurologue à l'équipe AVC du CH2	CH2 : immédiat, au plus 12 heures	CH3 : avis de transfert au CH2 d'AVC d'appartenance géographique / territoriale	CH3 : priorité 5 selon la condition clinique du patient ( <i>le CH3 a la responsabilité de planifier le transport</i> ). La demande de transfert peut être planifiée immédiatement après le préavis post intervention.	Obligatoire si moins de 24 heures du début des symptômes ou ayant reçu une thrombolyse intraveineuse	CH2 : unité AVC
Patient avec diagnostic AVC <b>AYANT REÇU THROMBECTOMIE MÉCANIQUE</b>	CH3 : préavis post intervention <b>Immédiat</b> : transmission de demande de rapatriement (formulaire) à la gestion des lits <b>*8h à 20h</b> : appel du neurologue à l'équipe AVC du CH2	CH2 : au plus 24 heures	CH3 : avis de transfert au CH2 d'AVC d'appartenance géographique / territoriale	CH3 : priorité 6 selon la condition clinique du patient ( <i>le CH3 a la responsabilité de planifier le transport</i> ). La demande de transfert peut être planifiée immédiatement après le préavis post intervention.	Selon la condition clinique	CH2 : unité AVC



**Difficulté à trouver l'hôpital d'appartenance géographique?**  
Voir page suivante pour carte du territoire montréalais avec code postaux et identification des centres hospitaliers

#### 1 Priorités d'affectation Urgences-santé – demandes de transports interétablissements

	PRIORITÉ	DÉLAI D'AFFECTATION	OBJECTIF DE TRANSPORT MOYEN
	<b>2</b> Patient instable Risque élevé de morbidité et/ou mortalité immédiate.	Affectation immédiate	< 30 minutes dans 95% du temps
	<b>5</b> Patient stable pour transfert rapide. Ces patients correspondent à une clientèle avec un traitement débuté dans un centre exigeant un suivi ou un soutien non disponible au centre référant; ces patients présentent un faible risque de morbidité et de détérioration clinique à court terme : Retour d'examen/rendez-vous d'un patient qui requiert une surveillance clinique accrue ou des traitements actifs (soins intensifs, coronariens ou intermédiaires).	Affectation < 40 minutes en dedans de 95%	< 60 minutes dans 95% du temps
	<b>6</b> Transport interétablissements planifié / Patient stable avec rendez-vous / Patients stables avec besoins de monitoring clinique faisant objet de rendez-vous définis (programmés) pour des traitements et/ou des investigations.	Affectation selon l'heure prévue du rendez-vous (pouvant aller jusqu'à 2 heures plus tôt)	Non applicable

# PROTOCOLE AVC

Codes postaux, CIUSSS et centres hospitaliers

## Centres hospitaliers tertiaires (CH3)

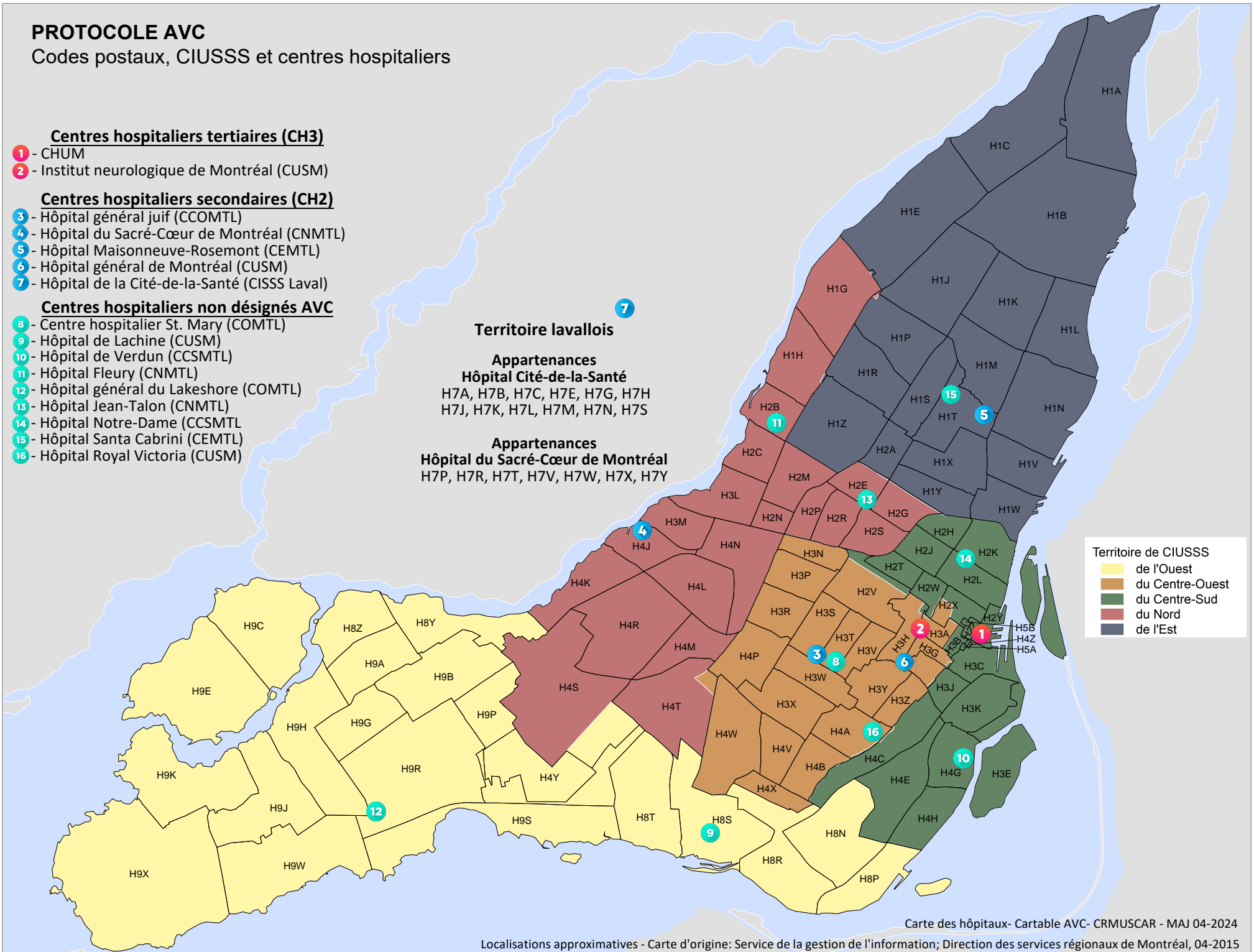
- 1 - CHUM
- 2 - Institut neurologique de Montréal (CUSM)

## Centres hospitaliers secondaires (CH2)

- 3 - Hôpital général juif (CCOMTL)
- 4 - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (CNMTL)
- 5 - Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CEMTL)
- 6 - Hôpital général de Montréal (CUSM)
- 7 - Hôpital de la Cité-de-la-Santé (CISSS Laval)

## Centres hospitaliers non désignés AVC

- 8 - Centre hospitalier St. Mary (COMTL)
- 9 - Hôpital de Lachine (CUSM)
- 10 - Hôpital de Verdun (CCSMTL)
- 11 - Hôpital Fleury (CNMTL)
- 12 - Hôpital général du Lakeshore (COMTL)
- 13 - Hôpital Jean-Talon (CNMTL)
- 14 - Hôpital Notre-Dame (CCSMTL)
- 15 - Hôpital Santa Cabrini (CEMTL)
- 16 - Hôpital Royal Victoria (CUSM)



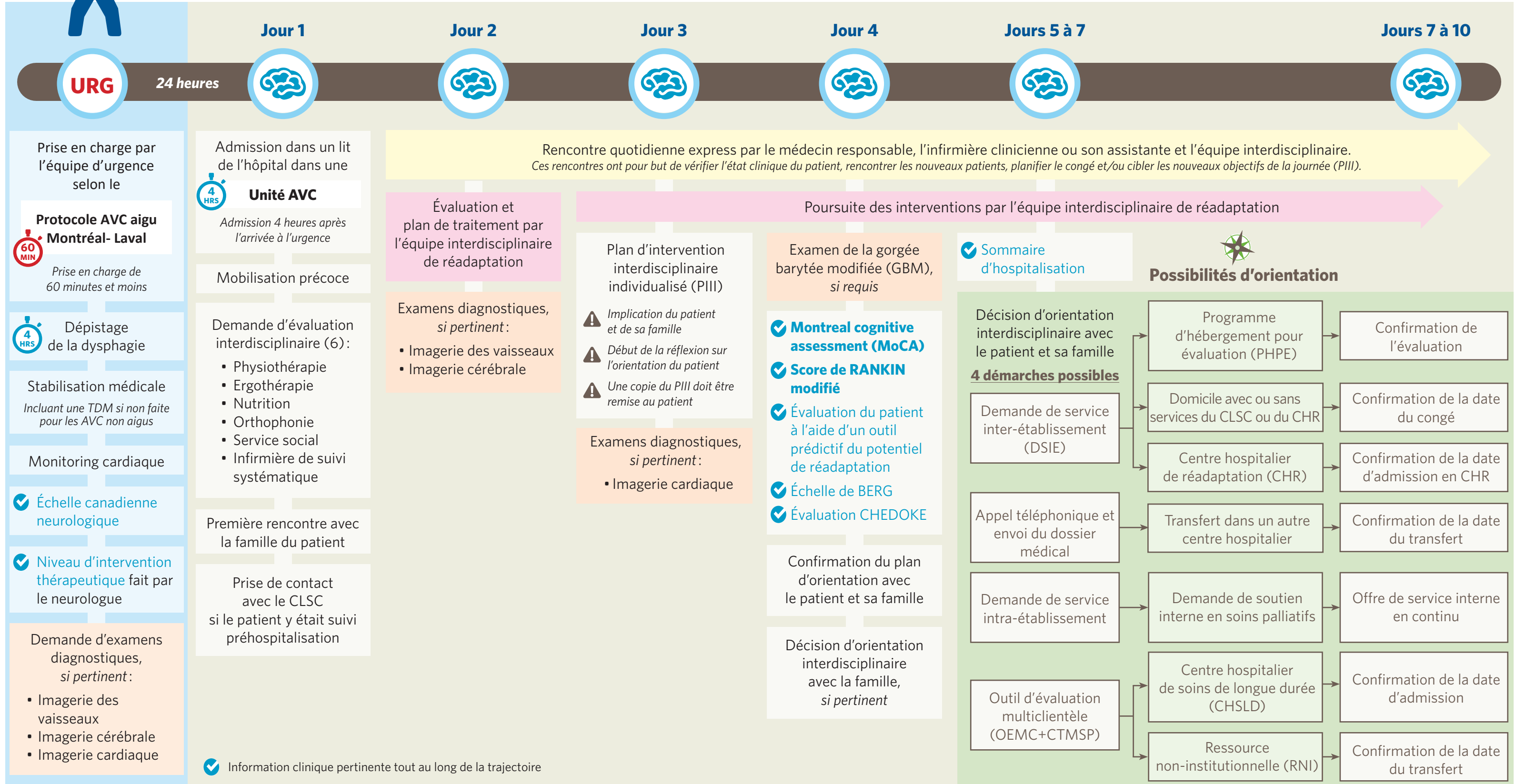
Carte des hôpitaux- Cartable AVC- CRMUSCAR - MAJ 04-2024

Localisations approximatives - Carte d'origine: Service de la gestion de l'information; Direction des services régionaux de Montréal, 04-2015



# 9. Exemple de trajectoire hospitalière d'un patient ayant subi un AVC

EXPÉRIENCE PATIENT : INFORMER, ÉDUCUER, PARTICIPER





## **10. ANNEXES**

# Mise à jour des cas spécifiques et d'appartenance

Applicable à l'entente de répartition des transports ambulanciers entre les salles d'urgence des centres hospitaliers des régions de Montréal et de Laval

Février 2024

**TABLEAU 3 : Conditions chronodépendantes**

Nom du cas	Définition du cas	Clientèle adulte	Clientèle pédiatrique
Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)	Patient victime d'un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST identifié en préhospitalier ou équivalent, si les PSA sont présents sur les lieux.	<p><b>PSP et PSA:</b> Le patient est transporté au centre d'hémodynamie le plus près entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM);</li> <li>• Hôpital de la Cité-de-la-Santé;</li> <li>• Hôpital général juif;</li> <li>• Hôpital Maisonneuve-Rosemont;</li> <li>• Hôpital Royal Victoria (CUSM);</li> <li>• Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal;</li> <li>• Institut de Cardiologie de Montréal.</li> </ul>	<b>Non applicable</b>
Accident vasculaire cérébral (AVC) récent - Tertiaire	Patient ayant subi un AVC aigu de moins de 5 heures, selon les critères préhospitaliers et présentant une échelle de Cincinnati à 3/3.	<p><b>PSP et PSA:</b> Le patient est transporté au centre AVC tertiaire le plus près :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM);</li> <li>• Institut et hôpital neurologiques de Montréal (CUSM)</li> </ul>	<b>Non applicable</b>
Accident vasculaire cérébral (AVC) récent - Secondaire	Patient ayant subi un AVC aigu de moins de 5 heures avec une échelle de Cincinnati à 1 ou 2/3.	<p><b>PSP et PSA:</b> Le patient est transporté au centre AVC secondaire ou tertiaire le plus près :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM);</li> <li>• Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal;</li> <li>• Hôpital général juif;</li> <li>• Hôpital Maisonneuve-Rosemont;</li> <li>• Hôpital de la Cité-de-la-Santé;</li> <li>• Institut et hôpital neurologiques de Montréal (CUSM)</li> </ul>	<b>Non applicable</b>

TABLEAU 4 : Cas spécifiques			
Nom du cas	Définition du cas	Clientèle adulte	Clientèle pédiatrique
Accident vasculaire cérébral (AVC) récent ≥ 5 heures	Patient ayant subi un AVC nouveau avec une échelle de Cincinnati positive et début des symptômes ≥ 5 heures ou avec critère d'exclusion à la reperfusion cérébrale.	<p><b>PSP et PSA:</b> Le patient est transporté au centre AVC secondaire le plus près :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM);</li> <li>• Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal;</li> <li>• Hôpital général juif;</li> <li>• Hôpital Maisonneuve-Rosemont;</li> <li>• Hôpital de la Cité-de-la-Santé;</li> <li>• Institut et hôpital neurologiques de Montréal (CUSM)</li> </ul>	<b>Non applicable</b>
Victimes de brûlures graves	<p>En l'absence de traumatismes majeurs, les patients présentant l'un des 6 types de brûlures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les brûlures par inhalation;</li> <li>• Les brûlures du 2e degré sur plus de 10% de la surface du corps;</li> <li>• Toutes les brûlures du 3e degré;</li> <li>• Les brûlures impliquant le visage, les mains, les pieds, les organes génitaux, le périnée ou une articulation majeure;</li> <li>• Les brûlures par électrisation, incluant les brûlures causées par l'arc électrique;</li> <li>• Toutes les brûlures chimiques.</li> </ul>	<p><b>PSP et PSA:</b> Le patient est transporté en Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).</p>	<p><b>PSP et PSA :</b> Le patient est transporté au centre le plus près entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine;</li> <li>• Hôpital de Montréal pour enfants (CUSM site Glen).</li> </ul>
Agression sexuelle	Patient ayant été agressé sexuellement	<p><b>PSP et PSA:</b> Selon la position géographique et la langue parlée :</p>	<p><b>PSP et PSA:</b> <b>Usager de 17 ans et –</b> Selon la position géographique et la langue parlée :</p>



## Protocole interdisciplinaire d'administration de thrombolyse chez un usager présentant un AVC ischémique aigu

### PROTOCOLE-0026

Ce protocole s'inscrit dans les activités Inter-RUIS. Il vise à harmoniser les pratiques pour la clientèle présentant un AVC ischémique aigu admissible à la thrombolyse ou thrombolysée pour sept régions<sup>1</sup> du centre et de l'Ouest du Québec partenaires du CHUM.

#### Concepteurs 3<sup>ième</sup> version 2023 :

Isabelle Sévigny	Conseillère en soins spécialisés - Sciences neurologiques, DSI, CHUM
------------------	--

#### Personnes consultées version 2023 :

Dre Nicole Daneault	Neurologue vasculaire, Cheffe du Département de neurovasculaire, CHUM
Dr Yan Deschaintre	Neurologue vasculaire, CHUM

**Date de la création :** 2016-06-15

**Date de la révision :** 2023-05-31

**Prochaine révision prévue :** 2026-05-31

## PERSONNEL VISÉ

Médecins de la salle d'urgence, des soins intensifs et neurologues.

Infirmières et infirmiers de la salle d'urgence, de neurologie et des soins intensifs.

<sup>1</sup> Régions : Abitibi – Témiscamingue, Lanaudière, Outaouais, Laurentides, Montérégie, Mauricie – centre du Québec et Estrie.



## UNITÉS DE SOINS

Unités de neurosciences, de l'urgence, des soins intensifs et de la radiologie.

## CLIENTÈLE VISÉE

Personne ayant subi un accident vasculaire cérébraux (AVC) ischémiques aigus répondant aux critères de thrombolyse intraveineuse ([Annexe 1](#)).

La thrombolyse intraveineuse peut être considérée au-delà de 4,5 heures chez des personnes autonomes (mRS 0-1), avec imagerie avancée favorable (scan de perfusion ou IRM flair / diffusion) et en consultation avec un médecin spécialiste en AVC.

## CONDITIONS D'EXERCICE

Toute personne victime d'un AVC se présentant dans les 4,5 heures suivant l'apparition des symptômes (et certaines personnes autonomes sélectionnées au-delà de 4,5 heures).

## PRÉCAUTIONS ET RESTRICTIONS

Personne présentant des critères d'exclusion à l'utilisation de la thrombolyse intra-veineuse ([Annexe 1](#)).

## PROCÉDURE

### Responsabilités et interventions du médecin

- Évalue, procède à l'investigation et décide du ou des traitement(s);
- Évalue l'éligibilité du patient à la thrombolyse;
- Coordonne la prise en charge des soins au patient

#### 1. Directives avant l'administration de la thrombolyse intra-veineuse : Préthrombolyse

##### 1.1 Investigation du candidat potentiel à la thrombolyse et préparation à une thrombolyse éventuelle :

- Dès l'identification d'un candidat potentiel à la thrombolyse, débiter l'investigation afin d'établir l'éligibilité de l'utilisateur et la préparation à une éventuelle thrombolyse

##### Investigation afin d'établir l'éligibilité :

- Tomodensitométrie cérébrale (TDM) [Annexe 2](#) dans un délai maximal de 20 minutes
- Prélèvements sanguins : glucose, créatinine, urée, ALT, Na, K, CO<sub>2</sub>, Troponine, FSC, RNI, temps de céphaline (PTT), fibrinogène, D-Dimères, Bêta-hCG pour les femmes < 50 ans [Annexe 3](#)

## Responsabilités et interventions du médecin

N.B. Les résultats doivent être disponibles dans un délai maximal de 45 minutes

- Électrocardiogramme (ECG)

### **Préparation à une thrombolyse éventuelle et prise en charge hyper aiguë de l'AVC :**

- Aviser l'équipe assurant le « code AVC ». Si la couverture est assurée par le service provincial de téléthrombolyse, lancer le code 110 au niveau du centre tertiaire couvrant le territoire concerné
- Avoir 2 accès intraveineux (IV) de bon calibre avec NaCl 0,9 % à 30 ml/h
- Déterminer le poids exact de l'utilisateur

### **1.2 Médicament interdit :**

- Ne pas administrer d'antiplaquettaire ou d'anticoagulant avant la tomodensitométrie cérébrale (TDM) de contrôle 24 h (+/- 6 h) post thrombolyse

### **1.3 Évaluation par un spécialiste de l'AVC**

- Une évaluation doit être effectuée par un spécialiste de l'AVC (neurologue ou interniste) avant de prendre la décision de thrombolyser l'utilisateur. Il fera une revue des évaluations faites jusqu'à présent, procèdera à l'examen neurologique à l'aide de l'échelle d'évaluation de l'AVC du « National Institutes of Health Stroke Score (NIHSS) [Annexe 6](#) et prendra la décision concernant le traitement thrombolytique

## Responsabilités et interventions infirmières - Avant la thrombolyse

### 1.4 Soins et surveillance des signes vitaux et neurologiques :

- Monitoring cardiaque
- Signes vitaux et neurologiques aux 15 minutes selon l'échelle neurologique canadienne [Annexe 4](#)
  - Valeurs cibles
  - Pression artérielle (PA), systolique inférieure à 185 mmHg et PA diastolique inférieure à 110 mmHg
  - Saturation pulsée en oxygène (SpO<sub>2</sub>) supérieure ou égale à 94 % (sauf la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) viser 90 % et plus)
  - Température inférieure ou égale à 37,5°C
- Rien par la bouche (NPO)
- Tête de lit à 30°
- Faire uriner l'usager avant la thrombolyse, lorsque possible

### 1.5 Gestion de la pression artérielle (Avant l'administration de la thrombolyse intra-veineuse) :

- En présence d'une pression systolique supérieure ou égale à 185 mmHg ou pression diastolique supérieure ou égale à 110 mmHg, administrer la médication nécessaire selon l'ordonnance de gestion de la pression artérielle [Annexe 5](#). Si les cibles de pression ne sont pas atteintes après 2 doses, cela constitue une contre-indication relative à la thrombolyse intra-veineuse.

### 1.6 Gestion de la saturation pulsée en oxygène (SpO<sub>2</sub>) :

- En présence d'une SpO<sub>2</sub> inférieure à 94 %, administrer de l'oxygène pour maintenir une saturation égale ou supérieure à 94 % (sauf MPOC, viser plutôt 90 %)

### 1.7 Gestion de la glycémie :

- En présence d'anomalie de la glycémie, corriger la glycémie selon l'ordonnance médicale « AVC aigu : soins et surveillance » [Annexe 5](#)



## Responsabilités et interventions médicales et infirmières – Préparation/administration thrombolyse

### 2. Prescription et préparation de la thrombolyse intraveineuse

Deux médicaments sont possibles. Le CHUM est passé au ténecteplase en septembre 2022 car il est plus facile à utiliser (avec bolus seul, sans perfusion), mais certains centres n'ont pas encore fait le changement et utilisent encore l'altéplase. Quel que soit le médicament utilisé, seule l'administration et la posologie changent, les autres procédures (indication, contre-indication, surveillance, gestion des complications) restant les mêmes :

#### 2.1 L'altéplase (Activase – rt-PA)

- Posologie :

Se référer au tableau de calcul des dosages et des débits de l'[annexe 7](#) pour calculer la dose requise. Le dosage doit être déterminé à partir du poids exact de l'usager :

- Dose totale : 0.9 mg/kg (dose maximale : 90 mg)
- Bolus initial : 10 % de la dose totale IV en 1 minute
- Perfusion : 90 % de la dose totale IV en 60 minutes

#### 2.2 Le ténecteplase (TNKase – TNK)

- Posologie :

Se référer au tableau de calcul des dosages et des débits de l'[annexe 8](#) pour calculer la dose requise. Le dosage doit être déterminé à partir du poids de l'usager :

- Dose : 0.25 mg/kg dose maximale : 25 mg
- Bolus : dose totale IV en 5 secondes
- Aucune perfusion après le bolus

## Responsabilités et interventions infirmières – Pendant et après la thrombolyse

### 3. Précautions et directives pendant et après l'administration de la thrombolyse intraveineuse

- Cette section fait référence au contenu des ordonnances « AVC aigu ; prise en charge à l'arrivée » [Annexe 3](#), « AVC aigu : soins et surveillance » [Annexe 5](#), « AVC aigu : thrombolyse cérébrale avec ténecteplase et/ou thrombectomie » [Annexe 7](#) et « AVC aigu : thrombolyse et complications » [Annexe 9](#).

#### 3.1 Surveillance clinique

- Le médecin doit demeurer accessible durant toute la durée de la perfusion (dans le cas de l'administration de l'altéplase) et jusqu'à 30 minutes après l'administration de la thrombolyse intraveineux pour intervenir rapidement en cas de complication. L'infirmière doit assurer une

**Responsabilités et interventions infirmières –  
Pendant et après la thrombolyse**

surveillance étroite de l'usager afin de détecter précocement les complications hémorragiques ou allergiques

- L'usager doit être sous monitoring cardiaque ou télémétrie pour une période de 24 à 48 heures
- Les signes vitaux et neurologiques, en plus de surveiller l'apparition de signes d'angioedème et d'hypersensibilité doivent être pris minimalement selon la fréquence suivante selon l'agent thrombolytique utilisé:
  - Fréquence des surveillances selon l'agent thrombolytique utilisé [Annexe 7 ou 8](#)

	<b>Ténectéplase (TNKase, TNK)</b>	<b>Atléplase (Activase – rt-PA)</b>
SV et SN	<u>Avant le bolus</u> : • Q 15 min	<u>Avant le bolus</u> : • Q 15 min
	<u>Pendant la perfusion</u> : Non applicable	<u>Pendant la perfusion</u> : (60 min) • Q 15 min
	<u>Après le bolus</u> : • Q 15 min x 1 h • Q 30 min x 2 h • Q 1 h x 4 h • Q 2 h x 8 h • Q 4 h par la suite	<u>Dès la fin de la perfusion</u> : • Q 15 min x 1 h • Q 30 min x 2 h • Q 1 h x 4 h • Q 2 h x 8 h • Q 4 h par la suite
	<u>Après 24 - 48 h</u> : (si stable) • TID	<u>Après 24 - 48 h</u> : (si stable) • TID
Signes d'angioedème (œdème au niveau des lèvres, de la langue et de l'oropharynx, difficulté respiratoire ou de déglutition) et d'hypersensibilité	<u>Après le bolus</u> : • Q 15 min X 1 h	<u>Pendant la perfusion</u> : (60 min) • Q 15 min <u>Après la perfusion</u> : • Q 15 min X 2

## Responsabilités et interventions infirmières – Pendant et après la thrombolyse

### 3.2 Gestion de la pression artérielle (valide les premières 24 h après l'administration de la thrombolyse intra-veineuse)

- En présence d'une pression systolique supérieure ou égale à 180 mmHg ou pression diastolique supérieure ou égale à 105 mmHg : se référer à l'ordonnance individuelle « AVC aigu : soins et surveillance » [Annexe 5](#). Administrer la médication nécessaire selon l'ordonnance, si les cibles de pression ne sont pas atteintes après 2 doses consécutives, envisager rapidement un autre agent ou une perfusion.

### 3.3 Gestion de la saturation pulsée en oxygène (SpO<sub>2</sub>):

- En présence d'une SpO<sub>2</sub> inférieure à 94 %, administrer de l'oxygène pour maintenir une saturation égale ou supérieure à 94 % (sauf MPOC, viser plutôt 90 %)

### 3.4 En présence d'une détérioration neurologique pouvant indiquer une hémorragie :

- En présence de signes et symptômes indiquant une complication hémorragique au niveau cérébral tel qu'une détérioration neurologique, l'apparition de céphalées, de nausées ou de vomissements, cesser immédiatement la perfusion (s'il y a lieu) et procéder à une TDM cérébrale, immédiatement [Annexe 9](#)

### 3.5 En présence d'angioedème ou de réaction anaphylactique :

- Contacter immédiatement le médecin désigné. Cesser immédiatement la perfusion (s'il y a lieu) et administrer les médicaments selon l'ordonnance individuelle soit le diphenhydramide (Benadryl) et le méthylprednisolone (Solu-Medrol) de l'ordonnance de gestion de l'angioedème. Si les symptômes progressent malgré l'administration de ces médicaments, il est possible que l'on doive procéder à une intubation ou une cricotomie d'urgence, si nécessaire
- Se référer à l'ordonnance individuelle « AVC aigu : thrombolyse et complications » [Annexe 9](#) à la section « Suspicion d'angioedème post-thrombolyse »

### 3.6 Éviter les mesures invasives

- Éviter, dans la mesure du possible, toute mesure invasive durant les premières 4 heures (par ex. : ponction artérielle ou veineuse, injection intramusculaire, installation d'un tube nasogastrique, cathétérisme urinaire)

N.B. Les glycémies capillaires, la prise de température rectale et l'hygiène buccale ne sont pas considérées comme des procédures invasives

### 3.7 Imagerie de contrôle

- Procéder à une TDM cérébrale de contrôle 24 h (+/- 6 h) post-thrombolyse afin de valider s'il y a présence d'un saignement

## Responsabilités et interventions infirmières – Pendant et après la thrombolyse

### 3.8 Médicaments

- Les traitements antiplaquettaires et thromboprophylaxiques pourront être débutés après l'exclusion d'une hémorragie cérébrale à la TDM cérébrale 24 h (+/- 6 h) post-thrombolyse

L'AAS et le clopidogrel peuvent être administré par tube nasogastrique chez les patients dysphagiques. L'AAS peut aussi leur être administré par suppositoire intra-rectal.

## Responsabilité de l'établissement qui a demandé le service de téléthrombolyse

### 4. Compilation des indicateurs cliniques

À la fin de l'intervention (thrombolyse ou non) compléter le formulaire « Outil de mesure des indicateurs – Service de téléthrombolyse pour les cas AVC aigu » [Annexe 10](#) et l'acheminer promptement à l'adresse courriel indiquée.

## RÉFÉRENCES

Cote, R., Battista, R.N., Wolfson, C., Boucher, J., Adam, J., & Hachinski, V.C. (1989). The Canadian Neurological Scale: Validation and reliability assessment. *Neurology*, 39, 638-643.

Genentech (2023). A member of the Roche Group (2023). For your acute ischemic stroke patients. The first 24 hours are critical when Activase (alteplase) is administered. USA. En ligne <https://www.activase.com/ais/dosing-and-administration/patient-monitoring.html>, consulté le 11 avril 2023.

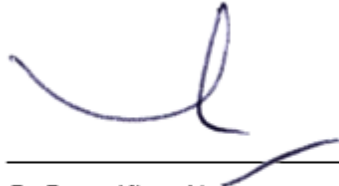
Heran, M., Shamy, M., Lindsay, P., Mc Guff, R., Martin, C., Gubitz, G., Mountain, A., Smith, E.E. (2022), au nom du Comité consultatif sur les pratiques exemplaires en matière de prise en charge de l'AVC en phase aiguë, du comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC et du comité consultatif sur la qualité des soins de l'AVC; en collaboration avec le Consorsium Neurovasculaire Canadien. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC 2022*; Ottawa, Ontario, Canada : Fondation des maladies du cœur

et de l'AVC. <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/prise-en-charge-de-lavc-en-phase-aigue/traitement-de-lavc-ischémique-aigu>, consulté le 11 avril 2023.

Hoffman-Laroche (2021). *Monographie de l'Activase rt-PA (altéplase) pour indication d'AVC ischémique aigu*, octobre 2021. En ligne [https://www.rochecanada.com/PMS\\_Fr/Activase/Activase\\_AIS\\_PM\\_F.pdf](https://www.rochecanada.com/PMS_Fr/Activase/Activase_AIS_PM_F.pdf), consulté le 11 avril 2023.

Powers, W.J., Rabinstein, A.A., Ackerson, T., Adeoye, O.M., Bambakidis, N.C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B.M., Hoh, B., Jauch, E.C., Kidwell, C.S., Leslie-Mazwi, T.M., Ovbiagele, B., Scott, A.M., Sheth, K.N., Southerland, A.M., Summers, D.V. et Tirschwell, D.L. on behalf of the American Heart Association Stroke Council, (2019). *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 50(3), e344-e418*. En ligne <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STR.0000000000000211>, consulté le 11 avril 2023.

## APPROUVÉ PAR



Dr Dang-Khoa Nguyen  
Chef du service de neurologie

2023-10-19

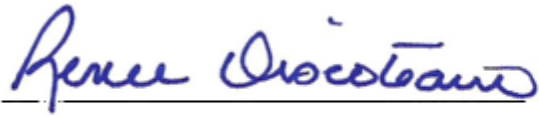
Date



Dre Céline Odier  
Directrice médicale du programme de santé neurovasculaire  
et cheffe-adjointe du service de neurologie

2023-10-19

Date



Renée Descôteaux

Directrice des soins infirmiers

2023-10-19

Date



Liza O'Doherty

Présidente du comité des activités interprofessionnelles

2023-10-19

Date



Jean Morin

Chef intérimaire du département de pharmacie

2023-10-19

Date

(signature à venir le 2023-10-23)

Dre Pascale Audet

Présidente du comité exécutif du Conseil des médecins,  
dentistes et pharmaciens

Date

*Mot clés : AVC, AVC ischémique, thrombolyse, thrombolysé, altéplase, Activase, rt-PA, ténec-téplase, TNKase, TNK, protocole*

# Annexe 1 : Critère d'inclusion et d'exclusion de la thrombolyse intra-veineuse

## Critères d'administration de la thrombolyse intra-veineuse dans l'AVC aigu

Date/heure : \_\_\_\_\_

aaaa/mm/jj

### Critères d'inclusion pour le traitement thrombolytique

Ces critères visent à orienter les décisions cliniques. Toutefois, la décision d'administrer la thrombolyse intraveineuse dans ces situations dépend du jugement clinique du médecin traitant. Les avantages relatifs, les risques et contre-indications potentiels de la thrombolyse intraveineuse doivent être évalués individuellement.

- Diagnostic clinique d'AVC ischémique avec déficits neurologiques invalidants chez un patient âgé de 18 ans et plus.
  - Chez les adolescents, la décision d'administrer la thrombolyse intraveineuse doit reposer sur le jugement clinique, les symptômes présents et l'âge du patient, si possible en consultation avec un spécialiste de l'AVC pédiatrique.
- Début des symptômes depuis moins de 4,5 heures avant le début prévu de l'administration de la thrombolyse intraveineuse.

### Critères d'exclusions absolus

1.  Oui  Non **Toute source d'hémorragie active ou tout trouble susceptible d'augmenter le risque d'hémorragie majeure après l'administration de la thrombolyse intraveineuse**
2.  Oui  Non **Toute hémorragie révélée par une imagerie cérébrale**

### Critères d'exclusions relatives

#### Antécédents

1.  Oui  Non Antécédent d'hémorragie intracrânienne
2.  Oui  Non AVC ou traumatisme crânien ou rachidien depuis moins de 3 mois
3.  Oui  Non Chirurgie majeure (cardiaque, thoracique, abdominale ou orthopédique) depuis moins de 14 jours. Le risque varie en fonction de l'intervention.
4.  Oui  Non Ponction artérielle à un site non compressible depuis moins de 7 jours

#### Cliniques

1.  Oui  Non Présentation clinique suggérant une hémorragie sous-arachnoïdienne
2.  Oui  Non Présentation clinique suggérant un trouble neurologique non ischémique aigu (par ex. : crises épileptiques suivies de paralysie de Todd ou signes neurologiques focaux dus à une hypoglycémie ou hyperglycémie grave. etc.)
3.  Oui  Non Hypertension résistante au traitement anti hypertensif prévu au protocole empêchant d'atteindre ou de maintenir une pression artérielle cible inférieure à 180/105 mmHg.
4.  Oui  Non Patient prenant un anticoagulant oral direct autre que les antivitamines K

#### Radiologiques

1.  Oui  Non Signes précoces d'infarctus étendu

#### Laboratoires

1.  Oui  Non Glycémie inférieure à 2,7 mmol/L ou supérieure à 22,2 mmol/L
2.  Oui  Non Temps de céphaline activée (TCA) élevé
3.  Oui  Non Rapport international normalisé (INR) de plus de 1,7\*
4.  Oui  Non Décompte plaquettaire inférieur à  $100 \times 10^9/L$  ( $100\,000 \times 10^3/L$ )

\*L'administration de la thrombolyse intraveineuse peut être débutée sans attendre les résultats du TCA et du INR **chez les patients n'ayant pas reçu d'anticoagulants**

\_\_\_\_\_ Signature médecin

## **Annexe 2 : Protocole d'acquisition d'images pour un examen de tomographie cérébrale sans injection des produits de contraste intraveineux**

**Mode d'acquisition** : spirale ou séquentiel

**KV** : 120

**Mas (référence)** : 475 l'utilisation du logiciel de réduction de dose (mas variable) peut être utilisée

**Kernel ou Algorithme** : Standard ou médium

**Windows level** : W80-C35

**Épaisseur de coupe** : Entre 4,5 mm et 5 mm

**FOV** : 250 mm et moins

**Matrice** : 512 mm x 512 mm

**Radioprotection** : Cache au Bismuth oculaire permise



## Annexe 3 : Ordonnances médicales de neurologie – AVC aigu : Prise en charge à l'arrivée



### ORDONNANCES MÉDICALES

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_

Surface corporelle (m<sup>2</sup>) : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_ Aucune connue

Loi de Vanessa - Réactions indésirables graves aux médicaments : \_\_\_\_\_

ou composer le 14325

#### SERVICE DE NEUROLOGIE

#### AVC aigu : prise en charge à l'arrivée

##### ÉVALUATION à l'arrivée

- Glycémie capillaire x 1
- Température x 1
- SV et SN q 15 min
- Prendre la première PA aux 2 bras
- Monitoring cardiaque et saturation en surveillance continue
- FiO<sub>2</sub> pour SpO<sub>2</sub> > 94 % ( > 90 % si MPOC)
- Garder NPO
- Tête de lit à 30° en permanence
- Installer 2 accès veineux (de préférence au bras gauche)
- Perfusion IV de NaCl 0,9 % à 30 mL/h ad ordonnances médicales "AVC aigu : soins et surveillance"

##### ANALYSES à faire immédiatement à l'arrivée (AVC aigu < 6 h seulement)

- Bilan thrombolyse-AVC (glucose, créatinine, urée, ALT, Na, K, CO<sub>2</sub>)
- Troponine : si résultat anormal (> 20 ng / L si homme ou > 12 ng / L si femme), répéter q 3 h x 2 (total 3)
- FSC, RNI, temps de céphaline (PTT), fibrinogène, D-dimères
- Bêta-hCG pour les femmes < 50 ans

Dosage de l'anticoagulant (dosage anti-IIa ou anti-Xa selon l'agent pris par le patient)

- Dabigatran (Pradaxa)       Rivaroxaban (Xarelto)
- Apixaban (Éliquis)       Edoxaban (Lixiana)

ECG

##### IMAGERIE à l'arrivée

- Scan cérébral C-       IRM cérébrale
- Angio-scan (Gerbe et Willis)       Angio-IRM (Gerbe et Willis)
- Scan de perfusion       Angiographie conventionnelle

Signature

N° de permis

Date

Heure

4 003 976 FUM-0002 Mai 2023

ORDONNANCES MÉDICALES



## Annexe 4 : Échelle neurologique canadienne (suite)

### Fiche de référence sur l'échelle neurologique canadienne

#### 1 - Pupille

Évaluation	Signification	Points
Dimension (diamètre)	Indiquer le chiffre correspondant au diamètre de la pupille	1-9
Réaction	Indiquer la lettre correspondant à la réaction de la pupille à la lumière	lettre

#### 2 - Niveau de conscience

Évaluation	Signification	Points
Alerte	Éveillé	3.0
Somnolent(e)	S'endort lorsque non stimulé	1.5

#### 3 - Orientation

Évaluation	Signification	Points
Orienté(e)	Le patient est capable de dire où il se trouve ainsi que le mois de l'année et reconnaît les personnes significatives.	1.0
Désorienté(e)	Le patient ne peut nommer le lieu, la date ou la personne significative ou sans objet lorsque le patient ne répond pas aux questions, marmonne des propos incompréhensibles ou ne peut écrire	0

#### 4 - Langage et parole\*

Évaluation	Signification	Points
Normal	Le patient peut nommer les trois objets et leur utilité (crayon, clé, montre).	1.0
Déficit expressif	Le patient fait une erreur ou plus en lien avec le nom ou l'utilité de l'objet.	0.5
Déficit réceptif	Ne peut exécuter correctement les trois demandes (Fermer les yeux, Roche coule-t-elle dans l'eau?, Regarder vers le plafond)	0

\* Si le patient répond correctement à toutes les questions mais qu'il présente un trouble d'élocution, indiquer un résultat «Normal» et ajouter «TE» (Trouble d'élocution)

#### 5 - A Fonction motrice sans déficit réceptif

Compléter cette section seulement si le patient ne présente aucun déficit réceptif (compréhension du langage).

##### Visage

Évaluation	Signification	Points
Pas de faiblesse	Visage symétrique. Aucune asymétrie dans le sourire ou lorsque le patient montre les dents.	0.5
Présence de faiblesse	Asymétrie faciale. Un coin de la bouche plus bas que l'autre au repos ou lorsque le patient sourit ou montre les dents.	0

##### Bras (Proximale)

Évaluation	Signification	Points
Pas de faiblesse	Aucune faiblesse proximale du bras	1.5 D ou G
Faiblesse légère	Le patient a une amplitude normale contre la gravité, mais est incapable d'opposer une résistance.	1.0 D ou G
Faiblesse significative	Le patient n'arrive pas à surmonter l'effet de gravité pour lever les bras à un angle de 90 degrés.	0.5 D ou G
Faiblesse totale	Aucun mouvement proximal du bras.	0 D ou G

##### Bras (Distale)

Évaluation	Signification	Points
Pas de faiblesse	Aucune faiblesse dans le poignet.	1.5 D ou G
Faiblesse légère	Le patient est capable de fléchir le poignet vers le haut, mais est incapable d'opposer une résistance à la pression.	1.0 D ou G
Faiblesse significative	Le patient peut bouger un peu les doigts, mais n'arrive pas à fléchir les poignets vers le haut	0.5 D ou G
Faiblesse totale	Absence de mouvement au niveau des poignets	0 D ou G

##### Jambes (Proximale)

Évaluation	Signification	Points
Pas de faiblesse	Aucune faiblesse proximale de la jambe	1.5 D ou G
Faiblesse légère	Le patient peut fléchir la hanche à un angle de 90 degrés, mais ne peut opposer de résistance, ni partielle, ni totale	1.0 D ou G
Faiblesse significative	Faiblesse proximale importante de la jambe. Le patient n'arrive pas à exécuter une flexion de la hanche à un angle de 90 degrés. Mouvement partiel contre la gravité.	0.5 D ou G
Faiblesse totale	Aucun mouvement de la partie proximale de la jambe, ou contraction des muscles seulement, sans mouvement réel du membre	0 D ou G

##### Jambes (Distale)

Évaluation	Signification	Points
Pas de faiblesse	Aucune faiblesse au niveau de la partie distale de la jambe.	1.5 D ou G
Faiblesse légère	Légère faiblesse au niveau de la partie distale de la jambe. Le patient est capable de fléchir le pied, mais est incapable d'opposer une résistance	1.0 D ou G
Faiblesse significative	Faiblesse distale importante de la jambe, le patient arrive à bouger les orteils, mais ne peut pas fléchir le pied.	0.5 D ou G
Faiblesse totale	Aucun mouvement au niveau de la partie distale de la jambe.	0 D ou G

#### 5 - B Fonction motrice avec déficit réceptif

Compléter cette section seulement si le patient présente un déficit réceptif (compréhension du langage)

##### Visage

Évaluation	Signification	Points
Symétrique	Aucune asymétrie des mouvements faciaux.	0.5
Asymétrique	Asymétrie faciale, faiblesse faciale d'un côté, ou affaissement du visage.	0 D ou G

##### Bras

Évaluation	Signification	Points
Égaux	Réactions motrices identiques dans les deux bras.	1.5
Inégaux	Réactions motrices différentes dans les deux bras.	0 D ou G

##### Jambes

Évaluation	Signification	Points
Égaux	Réactions motrices identiques dans les deux jambes.	1.5
Inégaux	Réactions motrices différentes dans les deux jambes.	0 D ou G

#### NOTES D'OBSERVATION EN SOINS INFIRMIERS

## Annexe 5 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillance



### ORDONNANCES MÉDICALES

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_

Surface corporelle (m<sup>2</sup>) : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_ Aucune connue

Loi de Vanessa - Réactions indésirables graves aux médicaments : \_\_\_\_\_

ou composer le 14325

Page 1 de 4

SERVICE DE NEUROLOGIE	
AVC aigu : soins et surveillance	
<input type="checkbox"/> Admission neurovasculaire Dr _____	
<input type="checkbox"/> Transfert prévu ≤ 24 heures (COFR avisé)	
<input type="checkbox"/> AVC ischémique	<input type="checkbox"/> Thrombolyse <input type="checkbox"/> Thrombectomie
<input type="checkbox"/> AVC hémorragique	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Prendre une PA aux deux bras dès que possible	
<input type="checkbox"/> SV et SN q 15 min x 1 h, q 30 min x 2 h, q h x 4 h, q 2 h x 8 h, puis q 4 h OU	
<input type="checkbox"/> SV et SN q _____ h x _____ puis q _____ h x _____ puis tid si stable	
<input type="checkbox"/> Monitoring cardiaque et saturation en continue x 48 h	
<input type="checkbox"/> FiO <sub>2</sub> pour SpO <sub>2</sub> > 94 % (> 90 % si MPOC)	
<input type="checkbox"/> Aviser MD STAT pour toute détérioration	
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9 % avec 20 mmol KCl / litre à 80 mL/h ou <input type="checkbox"/> _____	
Cibles de PA (mm Hg) : <input type="checkbox"/> ≤ 220 / ≤ 120 <input type="checkbox"/> ≤ 180 / ≤ 105 <input type="checkbox"/> ≤ 140 systolique	
Si PA > cibles, répéter PA et FC après 5 min et si PA toujours > cibles et :	
<input type="checkbox"/> Si FC > 50 batt / min, labétalol 10 mg IV par tubulure en 1 min, répétable x 1 après 10 min	
Reprendre PA et FC 5 min après chacune des doses de labétalol et aviser MD	
<input type="checkbox"/> Si inefficace et si FC > 50 batt/min, perfusion de labétalol 300 mg / 250 mL de NaCl 0,9 %	
Débuter à 0,2 mg/min. Viser cibles PA systolique (mm Hg) : <input type="checkbox"/> 180-220 <input type="checkbox"/> 160-180 <input type="checkbox"/> 130-140	
Augmenter ou diminuer le débit de la perfusion de 0,1 mg / min q 15 min pour atteindre les cibles	
PA et FC aux 15 min ad l'atteinte des cibles puis aux heures	
Si PA inférieure à la fenêtre visée, commencer le sevrage	
Aviser le médecin :	
Après 24 h de labétalol IV pour réévaluation	
Si débit de la perfusion de labétalol atteint 2 mg / min OU 1 mg / min, si patient est insuffisant	
rénal ou cardiaque : aviser le médecin. <b>Note à l'infirmière : voir verso</b>	
<input type="checkbox"/> À chaque augmentation de débit quand PA n'atteint pas la cible dans le délai de 15 min	
<input type="checkbox"/> Si PA > cibles et FC < 50 batt / min hydralazine 10 mg IV en 15 min par minipperfuseur	
(MD doit être présent lors de l'administration)	
<input type="checkbox"/> Énalapril <input type="checkbox"/> 1,25 mg <input type="checkbox"/> 2,5 mg par minipperfuseur en 15 min x 1 dose	
<input type="checkbox"/> Voir ordonnance de clevidipine (4 006 353)	

Signature

N<sup>o</sup> de permis

Date

Heure

## Annexe 5 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillance (suite)

### SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu : soins et surveillance

(verso de la page 2 de l'ordonnance)

Conversion des débits de labétalol  
Labetalol 300 mg / 250 mL, à la teneur d'environ 1 mg / mL  
en tenant compte du volume du médicament ajouté

	mg / min	mL / h
Dose de départ	0,2	12
Augmentation de dose	0,1	6
Aviser MD lorsque le débit atteint:	2	120
Patient insuffisant rénal ou cardiaque, avisé MD lorsque le débit atteint:	1	60

## Annexe 5 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillance (suite)



Page 2 de 4

<b>SERVICE DE NEUROLOGIE</b>			
<b>AVC aigu : soins et surveillance</b>			
Tête de lit en permanence :	<input type="checkbox"/> Selon confort	<input type="checkbox"/> À 30°	<input type="checkbox"/> À plat
<input type="checkbox"/> Repos au lit strict :	<input type="checkbox"/> x 6 h	<input type="checkbox"/> x 24 h	<input type="checkbox"/> x _____ h
Mobilisation	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Sans aide	
<input type="checkbox"/> Congé salle de choc	<input type="checkbox"/> Transfert à l'unité d'AVC au lit : _____		
<input type="checkbox"/> Dosage ingesta-excreta q 8 h			
<b>DYSPHAGIE</b>			
NPO ad dépistage dysphagie (STAND) < 4 h			
Si anormal, aviser orthophonie, nutrition, ergothérapie et reste NPO en attendant			
Si normal, diète au goût			
<b>MICITION</b>			
Pour 72 h, faire bladder scan post miction ou q 8 h si pas de miction spontanée			
Cesser bladder scan si miction libre sans résidus x 12 h			
Si résidu urinaire > 500 mL faire cathétérisme vésical et aviser MD au 3 <sup>e</sup> cathétérisme			
Aviser MD, si aucune miction spontanée après 24 h			
<b>Si antécédent de dépression ou changement d'humeur pendant l'hospitalisation :</b>			
Dépistage de la dépression avant le départ pour la réadaptation ou le domicile			
<b>GLYCÉMIE</b>			
Glycémie capillaire qid x 48 h, puis cesser si < 8 mmol / L durant 48 heures			
Échelle d'insuline Trurapi (aspartate) sous-cutanée selon glycémie capillaire qid :			
≤ 10 mmol / L : 0 unité; 10,1 à 12 mmol / L : 2 unités; 12,1 à 14 mmol / L : 4 unités;			
14,1 à 16 mmol/L : 6 unités; > 16,1 mmol/L : 8 unités. Donner dose complète HS			
Si glycémie < 4,1 OU > 16,1 mmol/L aviser le médecin			
<b>NAUSÉES ou VOMISSEMENTS</b>			
Ondansétron 4 mg IV STAT puis q 8 h prn; aviser MD à la 1 <sup>ère</sup> dose			
<b>TEMPÉRATURE</b>			
Prendre la température q 4 h			
Si > 37,5 °C : acétaminophène 650 mg po ou IR q 4 h prn			
Si > 38 °C : aviser MD et faire bilan septique : FSC, hémoculture x 2, analyse et culture d'urine, radiographie pulmonaire			

Signature

N<sup>o</sup> de permis

Date

Heure



## Annexe 5 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillance (suite)



SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu : soins et surveillance	
<b>DOULEUR</b>	Acétaminophène 650 mg po ou IR q 4 h pm
<b>CONSTIPATION</b>	Si absence de selles x 2 jours, donner : Polyéthylène glycol 3350 17 g po die Suppositoires de glycérine IR q 2 jours pm (répétable x 1 après 2 h) Lavement Fleet huileux prn x 1 (répétable x 1 après 2 h) Aviser le médecin si inefficace <b>Attention</b> : omettre laxatifs si > 2 selles par jour ou présence de diarrhée
<b>ANTIPLAQUETTAIRES ET THROMBOPROPHYLAXIE (voir verso pour guider l'évaluation)</b>	<input type="checkbox"/> Aviser MD demain post scan contrôle pour déterminer la médication <input type="checkbox"/> Aspirine (AAS) <input type="checkbox"/> 325 mg 1 co po OU <input type="checkbox"/> 650 mg en supp IR stat, PUIS Aspirine 80 mg : 1 co po die <input type="checkbox"/> Clopidogrel 300 mg = 4 co de 75 mg po STAT puis 75 mg 1 co po die
<b>THROMBOPROPHYLAXIE pharmacologique (voir verso pour guider l'évaluation)</b>	<input type="checkbox"/> Énoxaparine 40 mg sous-cutanée q 24 h à 20 h Si poids < 45 kg <input type="checkbox"/> Énoxaparine 30 mg sous-cutanée q 24 h à 20 h Si poids > 120 kg <input type="checkbox"/> Énoxaparine 30 mg sous-cutanée q 12 h (10 h et 22 h) <input type="checkbox"/> En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 mL / min) : Héparine 5 000 unités sous-cutanée q 12 h (10 h et 22 h) <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Thromboprophylaxie mécanique: jambière à compression pneumatique intermittente
<input type="checkbox"/> PAS de thromboprophylaxie	Raison (obligatoire) : _____

Signature

N° de permis

Date

Heure

## Annexe 5 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillance (suite)

### SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu : soins et surveillance

(verso de la page 3 de l'ordonnance)

**TABLEAU 1. Evaluation du risque de TEV**

*Modèle Padua<sup>1</sup> prédisant le risque de TEV chez les patients médicaux hospitalisés*

Faible risque : score < 4 points

Haut risque : score ≥ 4 points

Dans une étude observationnelle prospective<sup>1</sup> auprès de 1 180 patients hospitalisés, une TEV est survenue dans les 90 jours chez 11 % des patients qui étaient classés à haut risque (≥ 4 points selon les critères ci-dessous) et qui n'avaient pas reçu de thromboprophylaxie (OR, 32; IC 95%, 4,1-251)

Facteurs de risque	Points
Cancer actif <sup>a</sup>	3
Antécédent de TVE (excluant une thrombophlébite des veines superficielles)	3
Mobilité réduite <sup>b</sup>	3
Thrombophilie connue <sup>c</sup>	3
Trauma récent et/ou chirurgie (≤ 1 mois)	2
Âge (≥ 70 ans)	1
Insuffisance cardiaque et/ou respiratoire	1
Infarctus aigu du myocarde ou AVC ischémique	1
Infection aiguë et/ou condition rhumatologique	1
Obésité (IMC ≥ 30)	1
Hormonothérapie en cours	1

a. Avec métastases (locales ou distantes) ou réception d'une chimiothérapie ou radiothérapie dans les 6 derniers mois.

b. Repos au lit avec privilèges de salle de bain pendant ≥ 3 jours, sur ordre du médecin ou limitations du patient.

c. Porteur d'anomalies de l'antithrombine, des protéines C ou S, du facteur V Leiden, mutation G20210A de la prothrombine ou syndrome antiphospholipide

1. Barbar S, Noventa F, Rossetto V, et al. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score. J Thromb Haemost 2010; 8 ( 11 ): 2450 - 7.

**TABLEAU 2. Évaluation du risque de saignement**

Le risque de saignement peut être jugé ÉLEVÉ<sup>2</sup> si présence d'UN facteur de risque MAJEUR ou si combinaison de plusieurs facteurs de risque :

Facteurs de risque MAJEURS	Autres facteurs de risque (à considérer si multiples)
<input type="checkbox"/> Ulcère gastro-duodénal actif <input type="checkbox"/> Saignement dans les 3 mois précédant l'admission <input type="checkbox"/> Décompte plaquettaire < 50 x 10 <sup>9</sup> / L	<input type="checkbox"/> Âge > 85 ans (par rapport à < 40 ans) <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique (RNI > 1,5) <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale sévère (DFG < 30 mL/min/m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Bithérapie antiplaquettaire

2. Decousus H, Tapson VF, Bergmann JF, et al. (IMPROVE investigators). Factors at admission associated with bleeding risk in medical patients: findings from the IMPROVE investigators. Chest 2011; 139 ( 1 ): 69-79



## Annexe 5 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillance (suite)



Page 4 de 4

SERVICE DE NEUROLOGIE			
AVC aigu : soins et surveillance			
<b>Bilan de base</b>			
<input type="checkbox"/> Créatinine, Na, K	<input type="checkbox"/> Ce jour	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> FSC	<input type="checkbox"/> Ce jour	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> RNI et temps de céphaline (PTT)	<input type="checkbox"/> Ce jour	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Troponine	<input type="checkbox"/> Ce jour	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> Autre : _____
(si > 20 ng / L homme ou > 12 ng / L femme: répéter q 3 h x 2 (3 fois au total))			
<input type="checkbox"/> Analyse d'urine	<input type="checkbox"/> Toxicologie urinaire (amphétamines, cannabis, cocaïne, PCP)		
<b>Demain AM</b>			
<input type="checkbox"/> Bilan lipidique (cholestérol total, C-LDL, C-HDL, triglycérides), CK, ALT			
<input type="checkbox"/> Glycémie (à jeun), HbA1c, TSH	<input type="checkbox"/> Calcium, magnésium, phosphore	<input type="checkbox"/> Homocystéine	
<input type="checkbox"/> Étude de l'hémoglobine (électrophorèse de l'hémoglobine)			
<input type="checkbox"/> Bilan nutritionnel : protéine C réactive (CRP), transthyrétine, albumine			
<input type="checkbox"/> Vitamine B12 (Sx neurologiques inexpliqués), acide folique (troubles neurologiques ou neuropathie)			
<input type="checkbox"/> Coagulopathie artérielle : anticardiolipines, anticoagulant lupique, anti-bêta-2-glycoprotéine I			
<input type="checkbox"/> Coagulopathie veineuse : antithrombine III, protéine C, protéine S mutations du facteur II (gène de la prothrombine G-20210) et du facteur V Leiden			
<input type="checkbox"/> Vasculite : vitesse de sédimentation (VS), ANA, Anti-DNA, Anti-ENA, ANCA, C3, C4, EIA (syphilis)			
<input type="checkbox"/> Dosage de l'anticoagulant (dosage anti-IIa ou anti-Xa selon l'agent pris par le patient)			
<input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa)		<input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto)	
<input type="checkbox"/> Apixaban (Éliquis)		<input type="checkbox"/> Edoxaban (Lixiana)	
<input type="checkbox"/> Autres :			
<b>Imagerie</b>			
<input type="checkbox"/> Scan cérébral C-	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Angio-scan (Gerbe et Willis)			
<input type="checkbox"/> IRM cérébrale		<input type="checkbox"/> ECG	
<input type="checkbox"/> Angio-IRM (Gerbe et Willis)		<input type="checkbox"/> Holter	
<input type="checkbox"/> Angiographie conventionnelle		<input type="checkbox"/> Échographie cardiaque (ETT)	
<input type="checkbox"/> Doppler carotidien		<input type="checkbox"/> Écho transoesophagienne (ETO)	
<input type="checkbox"/> Doppler trans-crânien		<input type="checkbox"/> Rx pulmonaire	
<b>Consultants</b>			
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Nutrition
<input type="checkbox"/> Pharmacie	<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/> Soins spirituels	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Infirmière de suivi systématique de la clientèle neurovasculaire			

Signature

N<sup>o</sup> de permis

Date

Heure

## Annexe 6 : Échelle d'évaluation de l'AVC du NIH (NIHSS)

### ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AVC DU NIH (NIHSS)

<b>1a.</b>	<b>Niveau de conscience</b>	0 = Vigilance normale (réponses aisées) 1 = Non vigilant, mais réagit à des stimulations mineures 2 = Non vigilant, requiert des stimulations répétées pour le maintien de l'attention, ou bien est obnubilé et requiert des stimulations intenses ou douloureuses pour effectuer des mouvements 3 = Répond seulement de façon réflexe ou autonome ou absence totale de réactions		
<b>1b.</b>	<b>Questions sur le niveau de conscience</b>		0 = Réponses correctes aux deux questions 1 = Réponse correcte à une question 2 = Aucune réponse correcte	
<b>1c.</b>	<b>Consigne quant au niveau de conscience</b>		0 = Exécute les deux tâches correctement 1 = Exécute une tâche correctement 2 = N'exécute aucune tâche correctement	
<b>2.</b>	<b>Examen du regard</b>		0 = Normal 1 = Paralyse oculomotrice partielle 2 = Déviation forcée du regard ou paralyse complète	
<b>3.</b>	<b>Champ visuel</b>	0 = Aucune perte visuelle 2 = Hémianopsie complète	1 = Hémianopsie partielle 3 = Hémianopsie bilatérale	
<b>4.</b>	<b>Paralyse faciale</b>	0 = Mouvement normal et symétrique 1 = Paralyse mineure (affaissement du sillon nasogénien, asymétrie du sourire) 2 = Paralyse partielle (hémiface inférieure) 3 = Paralyse complète		
<b>5.</b>	<b>Motricité des membres supérieurs</b>	0 = Pas de chute 2 = Effort contre la pesanteur 4 = Aucun mouvement	1 = Chute 3 = Aucun effort contre la pesanteur IE = Amputation ou arthrodèse	D
				G
<b>6.</b>	<b>Motricité des membres inférieurs</b>	0 = Pas de chute 2 = Effort contre la pesanteur 4 = Aucun mouvement	1 = Chute 3 = Aucun effort contre la pesanteur IE = Amputation ou arthrodèse	D
				G
<b>7.</b>	<b>Ataxie des membres</b>	0 = Absente 2 = Présente sur deux membres ou plus	1 = Présente sur un membre IE = Amputation, arthrodèse	
<b>8.</b>	<b>Sensibilité</b>	0 = Normale 1 = Hypoesthésie légère ou modérée 2 = Hypoesthésie grave ou perte sensorielle complète		
<b>9.</b>	<b>Langage</b>	0 = Pas d'aphasie 2 = Aphasie grave	1 = Aphasie légère ou modérée 3 = Muet, aphasie globale	
<b>10.</b>	<b>Dysarthrie</b>	0 = Articulation normale 2 = Dysarthrie grave	1 = Dysarthrie légère ou modérée IE = Patient intubé ou autre barrière physique	
<b>11.</b>	<b>Extinction et inattention</b>	0 = Pas d'anomalie 1 = Négligence visuelle, tactile, auditive, spatiale ou personnelle 2 = Hémignégligence grave ou extinction de plusieurs modalités sensorielles		
IE = Impossible à évaluer			<b>POINTAGE TOTAL</b>	

NIHSS : Nationale Institute of Health Stroke Scale

Signature médecin : \_\_\_\_\_ Date (aaaa-mm-jj)/heure(hh :mm) : \_\_\_\_\_

## Annexe 6 : Échelle d'évaluation de l'AVC du NIH (NIHSS) (suite)

AIDE-MÉMOIRE ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AVC DU NIH	
<b>1a. Niveau de conscience :</b>	la personne effectuant l'examen doit choisir une réponse même en présence d'obstacles tels qu'une sonde endotrachéale, etc. Un pointage de 3 est attribué si le patient ne fait aucun autre mouvement qu'un réflexe de posture en réponse à une stimulation douloureuse.
<b>1b. Questions sur le niveau de conscience :</b>	demander au patient de nommer le mois en cours et de dire son âge. Seule la réponse initiale est évaluée (une réponse approximative n'a aucune valeur). Les patients incapables de parler en raison d'une intubation, d'un traumatisme orotrachéal, d'une dysarthrie grave, d'une barrière linguistique, etc., reçoivent un pointage de 1. Les patients aphasiques et stuporeux reçoivent un pointage de 2.
<b>1c. Consignes quant au niveau de conscience :</b>	le patient doit ouvrir et fermer les yeux, puis serrer et relâcher la main de la personne faisant l'examen. Demander au patient d'utiliser la main non parétique. Choisir une autre consigne si le patient ne peut utiliser les mains. Seule la première tentative est évaluée. Une tentative non équivoque mais incomplète en raison d'une parésie est acceptée. Si le patient n'exécute pas la consigne, on doit lui faire une démonstration.
<b>2. Examen du regard :</b>	établir le contact visuel et demander au patient de suivre un doigt. Adapté aux patients aphasiques. Une déviation forcée ou une paralysie complète n'est pas surmontée par les réflexes oculocéphaliques. Évaluer les mouvements volontaires ou réflexes et les mouvements oculaires horizontaux (ne pas effectuer les tests caloriques). Chez les patients qui ont subi un trauma oculaire, portent des pansements, sont atteints d'une cécité (préexistante), etc., il faut évaluer les mouvements réflexes, et le choix revient à la personne faisant l'examen. Les patients présentant une déviation conjuguée des yeux (qui peut être surmontée par une activité volontaire ou réflexe) ou une parésie isolée d'un nerf périphérique (nerf crânien III, IV ou VI) reçoivent un pointage de 1.
<b>3. Champ visuel :</b>	utiliser la confrontation, le compte du nombre de doigts ou le clignement face à un geste de menace. Confronter les quadrants supérieurs et inférieurs du champ visuel. Évaluer le champ visuel sur l'œil indemne en cas de cécité unilatérale ou d'énucléation. Le patient présentant une asymétrie franche, incluant une quadranopsie, reçoit un pointage de 1. Le patient aveugle reçoit un pointage de 3. Effectuer le test à nouveau en utilisant la stimulation simultanée des deux hémichamps visuels. En cas d'extinction, attribuer un pointage de 1, et utiliser ce résultat pour l'item 11.
<b>4. Paralysie faciale :</b>	demander au patient de montrer les dents, lever les sourcils et fermer les yeux (mimer au besoin pour l'encourager). Si cela est possible, retirer les bandages du visage, le tube orotrachéal, le bandage adhésif, etc., avant d'effectuer le test. Évaluer la symétrie de la grimace à l'aide d'une stimulation douloureuse chez les patients non coopératifs.
<b>5. Motricité des membres supérieurs :</b>	placer les bras du patient dans la position appropriée. Étendre chaque bras, paumes vers le bas (à 90° en position assise, à 45° en décubitus). Évaluer chaque bras successivement (en commençant par le bras non parétique). Une chute est prise en compte si elle se produit dans les 10 premières secondes. Un pointage IE (impossible à évaluer) s'applique uniquement en cas d'amputation ou d'arthrodèse de l'épaule.
<b>6. Motricité des membres inférieurs :</b>	placer les jambes du patient dans la position appropriée. Étendre chaque jambe (à 30°, toujours en décubitus). Évaluer chaque jambe successivement (en commençant par la jambe non parétique). Une chute est prise en compte si elle se produit dans les 5 premières secondes. Un pointage IE (impossible à évaluer) s'applique uniquement en cas d'amputation ou d'arthrodèse de la hanche.
<b>7. Ataxie des membres :</b>	demander au patient (yeux ouverts) de toucher son nez avec son doigt et de toucher son tibia avec son talon. Effectuer les épreuves doigt-nez et talon-tibia des deux côtés pour mettre en évidence une lésion cérébelleuse unilatérale. Donner un pointage de 0 aux patients qui sont paralysés ou qui ont un trouble de la compréhension. Donner un pointage de 1 ou 2, seulement si l'ataxie est disproportionnée par rapport au déficit moteur. Un pointage IE (impossible à évaluer), s'applique uniquement en cas d'amputation ou d'arthrodèse.
<b>8. Sensibilité :</b>	évaluer la sensibilité à la piqure et à la stimulation douloureuse (chez le patient obnubilé ou aphasique) sur autant d'aires corporelles que possible (bras à l'exclusion des mains – jambes, tronc, visage). Évaluer uniquement la perte de sensibilité attribuable à l'AVC. Les patients stuporeux et aphasiques reçoivent un pointage de 0 ou de 1. Les patients ayant subi un accident du tronc cérébral avec perte bilatérale de sensibilité, les patients quadriplégiques qui ne répondent pas et les patients comateux (Item 1a = 3) reçoivent un pointage de 2. Un pointage de 2 doit être donné seulement si une perte majeure ou totale de la sensibilité est mise en évidence.
<b>9. Langage :</b>	le patient doit décrire les événements se produisant sur l'image, nommer les éléments dans cette image et lire les phrases. Dans le cas d'un patient ayant une perte visuelle, lui demander d'identifier des objets placés dans la main. Si le patient est intubé, lui demander d'écrire ses réponses. L'examineur doit choisir un pointage si le patient est stuporeux ou s'il est peu coopératif. Le patient comateux (item 1a = 3) reçoit un pointage de 3. Le pointage de 3 est réservé aux patients muets incapables d'exécuter un ordre simple.
<b>10. Dysarthrie :</b>	à l'aide de la liste de mots simples, demander au patient de lire les mots ou de les répéter. Le patient présentant une aphasie grave peut être évalué en fonction de la précision de l'articulation du langage spontané. Le pointage IE n'est appliqué que si le patient est intubé ou s'il existe une autre barrière physique à la production du langage. Ne pas informer le patient de l'objet de l'évaluation.
<b>11. Extinction et inattention :</b>	il est possible que le résultat d'évaluations précédentes permette de déterminer ces pointages. L'absence de réponse du patient et l'inattention ont peut-être déjà été mises en évidence dans les items précédents. Si le patient présente une perte visuelle grave empêchant la stimulation simultanée des deux hémichamps visuels, mais que la réponse aux stimuli cutanés est normale, le pointage est 0. Si le patient est aphasique, mais semble être attentif de manière égale aux deux côtés, le pointage est 0. La présence d'une négligence visuospatiale ou d'une anosognosie peut aussi être considérée comme anormale.

Tiré et adapté de l'échelle d'évaluation de l'AVC du NIH du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et de la Fondation des maladies du cœur du Canada  
www.ninds.nih.gov

## Annexe 7 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : thrombolyse avec altéplase ou thrombectomie. Cette ordonnance n'est plus utilisée au CHUM depuis septembre 2022.



### ORDONNANCES MÉDICALES

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_

Surface corporelle (m<sup>2</sup>) : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_ Aucune connue

Réactions indésirables aux médicaments : \_\_\_\_\_

SERVICE DE NEUROLOGIE	
AVC aigu: thrombolyse avec altéplase ou thrombectomie	
Suivre les ordonnances médicales "AVC aigu : soins et surveillance"	
Aviser MD STAT et cesser altéplase si: détérioration des SN ou SNV, convulsions, présence ou augmentation des céphalées, vomissement, hausse ou baisse de PA > 40 mm Hg, FC > 100 batt / min	
Aviser MD STAT et cesser altéplase si: difficulté à avaler, respirer ou œdème de la langue ou des lèvres	
Obtenir de l'aide pour la prise en charge des voies aériennes (intubation)	
<input type="checkbox"/> <b>Thrombolyse (Note soins infirmiers : la préparation de l'altéplase à la page 2)</b>	
Dose totale altéplase (Activase - rt-PA) _____ mg (0,9 mg / kg ad maximum 90 mg)	
1- Bolus (10% de la dose totale) _____ mg IV dans une seringue	
en 1 à 2 minutes Dose donnée à _____ h	
2- Perfusion (90 % de la dose totale) _____ mg IV en 60 minutes	
(Note au médecin : Tableau de calcul des dosages et débits au verso)	
Aucun autre médicament dans cette voie	
Ne pas administrer d'antiplaquettaire, d'anticoagulant, d'AINS ou d'antithrombotique	
durant les prochaines 24 h, à moins d'avis contraire du médecin	
Pour les 4 premières heures:	
Surveiller les sites de ponction à la même fréquence que la prise des SV et SN	
Si saignement appliquer pansement compressif x 4 h. Si persiste, aviser MD	
Éviter toute injection IM, voie centrale, gaz artériel, sonde urinaire et TNG	
Mobiliser avec prudence durant les transferts car danger d'hémorragie	
<input type="checkbox"/> <b>Thrombectomie</b>	
Ponction fémorale <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche	
Garder la jambe ponctionnée en extension (tête de lit à plat) _____ x 6 h	
par la suite le patient peut être installé en position assise au lit à 90°	
Garder le repos au lit strict x 6 h	
Effectuer à la même fréquence que la prise des SV et SN :	
SNV incluant les pouls fémoral et distal du membre	
Surveillance et palpation de l'aîne (signe hémorragique)	

Signature	N° de permis	Date	Heure
4 000 246 janvier 2021 Dossier médical			Page 1 de 2

## Annexe 7 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : thrombolyse avec altéplase ou thrombectomie. Cette ordonnance n'est plus utilisée au CHUM depuis septembre 2022 (suite).

CHUM – Tableau indicatif des dosages d'altéplase (Activase rt-PA de 100 mg / 100 mL) à administrer selon le poids

Poids (lb)	Poids (kg)	Dose totale (mg)	Bolus IV (mg)	Volume exact à retirer (mL)*	Perf. en 60 min. (mg)
90	40,9	36,8	3,7	50	33,1
92	41,8	37,6	3,8	49	33,8
94	42,7	38,4	3,8	48	34,6
96	43,6	39,2	3,9	47	35,3
98	44,6	40,1	4	46	36,1
100	45,5	41	4,1	46	36,9
102	46,4	41,8	4,2	45	37,6
104	47,3	42,6	4,3	44	38,3
106	48,2	43,4	4,3	43	39,1
108	49,1	44,2	4,4	42	39,8
110	50	45	4,5	42	40,5
112	50,9	45,8	4,6	41	41,2
114	51,8	46,6	4,7	40	41,9
116	52,7	47,4	4,7	39	42,7
118	53,6	48,2	4,8	38	43,4
120	54,6	49,1	4,9	37	44,2
122	55,5	50	5	37	45
124	56,4	50,8	5,1	36	45,7
126	57,3	51,6	5,2	35	46,4
128	58,2	52,4	5,2	34	47,2
130	59,1	53,2	5,3	33	47,9
132	60	54	5,4	33	48,6
134	60,9	54,8	5,5	32	49,3
136	61,8	55,6	5,6	31	50
138	62,7	56,4	5,6	30	50,8
140	63,6	57,2	5,7	29	51,5
142	64,6	58,1	5,8	28	52,3
144	65,5	59	5,9	28	53,1
146	66,4	59,8	6	27	53,8
148	67,3	60,6	6,1	26	54,5
150	68,2	61,4	6,1	25	55,3
152	69,1	62,2	6,2	24	56
154	70	63	6,3	24	56,7

Poids (lb)	Poids (kg)	Dose totale (mg)	Bolus IV (mg)	Volume exact à retirer (mL)*	Perf. en 60 min. (mg)
156	70,9	63,8	6,4	23	57,4
158	71,8	64,6	6,5	22	58,1
160	72,7	65,4	6,5	21	58,9
162	73,6	66,2	6,6	20	59,6
164	74,6	67,1	6,7	19	60,4
166	75,5	68	6,8	19	61,2
168	76,4	68,8	6,9	18	61,9
170	77,3	69,6	7	17	62,6
172	78,2	70,4	7	16	63,4
174	79,1	71,2	7,1	15	64,1
176	80	72	7,2	15	64,8
178	80,9	72,8	7,3	14	65,5
180	81,8	73,6	7,4	13	66,2
182	82,7	74,4	7,4	12	67
184	83,6	75,2	7,5	11	67,7
186	84,6	76,1	7,6	10	68,5
188	85,5	77	7,7	10	69,3
190	86,4	77,8	7,8	9	70
192	87,3	78,6	7,9	8	70,7
194	88,2	79,4	7,9	7	71,5
196	89,1	80,2	8	6	72,2
198	90	81	8,1	6	72,9
200	90,9	81,8	8,2	5	73,6
202	91,8	82,6	8,3	4	74,3
204	92,7	83,4	8,3	3	75,1
206	93,6	84,2	8,4	2	75,8
208	94,6	85,1	8,5	1	76,6
210	95,5	86	8,6	1	77,4
212	96,4	86,8	8,7	---	78,1
214	97,3	87,6	8,8	---	78,8
216	98,2	88,4	8,8	---	79,6
218	99,1	89,2	8,9	---	80,3
≥ 220	≥ 100	90	9	---	81

\* Inclus la quantité du vide d'air de la tubulure (décimale éliminée).

Une fois diluée, la solution d'altéplase (activase rt-PA, fiole de 100 mg) est de 1 mg = 1 mL



## Annexe 7 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : thrombolyse avec altéplase ou thrombectomie. Cette ordonnance n'est plus utilisée au CHUM depuis septembre 2022 (suite).

### SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu : thrombolyse (rtPA IV) et (ou) thrombectomie

#### Préparation de l'altéplase (rt-PA) (Activase)

Dissoudre la poudre de la fiole d'altéplase (100 mg/fiole) avec la fiole d'eau stérile de 100 mL fournie et utiliser le dispositif de transfert. La teneur finale est de 100 mg / 100 mL (1 mg / mL)

1. Déposer la fiole d'eau stérile pour injection USP sur la table et insérer verticalement au centre du bouchon le dispositif de transfert.
2. Tenir la fiole d'altéplase à l'envers, appuyer le centre du bouchon sur le dispositif de transfert et insérer l'autre pointe dans cette fiole.
3. Retourner les deux fioles de sorte que la fiole d'eau stérile s'écoule dans celle d'altéplase. (Il ne devrait rester qu'environ 0,5 mL d'eau stérile dans la fiole.)
4. Retirer le dispositif de transfert et la fiole vide d'eau stérile et jeter.
5. Remuer doucement la fiole avec un mouvement de rotation pour dissoudre la poudre. **NE PAS AGITER.** Doit être utilisée dans les prochaines 8 heures. La solution d'altéplase doit être limpide et incolore à jaune très pâle. Éviter les particules ou le jaune foncé.
6. Préparer le bolus : prélever la dose à l'aide d'une seringue directement à partir de la fiole dans l'espace prévu à cet effet, soit à côté de la perforation laissée par le dispositif de transfert.  
Ne pas prélever à partir de la perforation laissée par le dispositif de transfert pour éviter les fuites.  
**ATTENTION** La double vérification indépendante (DVI) est obligatoire avant d'administrer le bolus IV au patient.
7. Retirer la dose (le volume) excédentaire de la fiole.  
Veuillez vous référer à la charte pour connaître le volume à retirer (cette charte tient compte du volume que contient la tubulure Duovent).  
Volume excédentaire à retirer = 100 mL - (dose totale en mL + vide d'air de la tubulure)
8. Préparer la perfusion : Faire le vide d'air de la tubulure Duovent de Baxter. Dans la bibliothèque « Soins critiques », rechercher « alteplase AVC » et programmer la dose (mg/h) à administrer. La programmation est prévue pour une administration en 60 min.  
**ATTENTION :** La double vérification indépendante (DVI) est obligatoire avant de débiter la perfusion IV au patient (dose, débit, temps).
9. Aucun médicament ne doit être mélangé à la perfusion d'altéplase
10. Garder les fioles non diluées dans les boîtes à l'abri de la lumière.

## Annexe 8 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : thrombolyse avec ténecteplase et/ou thrombectomie



### ORDONNANCES MÉDICALES

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_

Surface corporelle (m<sup>2</sup>) : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_ Aucune connue

Loi de Vanessa - Réactions indésirables graves aux médicaments : \_\_\_\_\_

ou composer le 14325

#### SERVICE DE NEUROLOGIE

##### AVC aigu : Thrombolyse avec ténecteplase et/ou thrombectomie

Suivre les ordonnances médicales "AVC aigu : soins et surveillance"

**Aviser MD STAT** si : détérioration des SN ou SNV, convulsions, présence ou augmentation des céphalées, vomissements, hausse ou baisse de PA > 40 mm Hg, FC > 100 batt / min

**Thrombolyse** (voir verso pour dose, préparation et administration)

Ténecteplase : administrer 0,25 mg / kg (maximum 25 mg) en IV en 5 secondes x 1 dose

Dose : \_\_\_\_\_ mg

**Aucun autre médicament dans cette voie**

Ne pas administrer d'antiplaquettaire, d'anticoagulant, d'AINS ou d'antithrombotique durant les prochaines 24 heures à moins d'avis contraire du médecin

Pour les 4 premières heures :

Surveiller les sites de ponction à la même fréquence que la prise des SV et SN

Si saignement, appliquer pansement compressif x 4 h. Si persiste, aviser MD

Éviter toute injection IM, voie centrale, gaz artériel, sonde urinaire et TNG

Mobiliser avec prudence durant les transferts car danger d'hémorragie

**Thrombectomie**

Ponction fémorale  droite  gauche

Garder la jambe ponctionnée en extension (tête de lit à plat)  x 6 h  x \_\_\_\_\_ h

Par la suite, le patient peut être installé en position assise au lit à 90° pour le dépistage de dysphagie

Garder le repos au lit strict x 6 h

Effectuer à la même fréquence que la prise des SV et SN :

SNV (incluant les pouls fémoral et pédieux du membre)

Surveillance et palpation de l'aïne (signe hémorragique)

Signature

N° de permis

Date

Heure

## Annexe 8 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : thrombolyse avec ténecteplase et/ou thrombectomie (suite)

### SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu: Thrombolyse avec ténecteplase et/ou thrombectomie (verso de l'ordonnance)

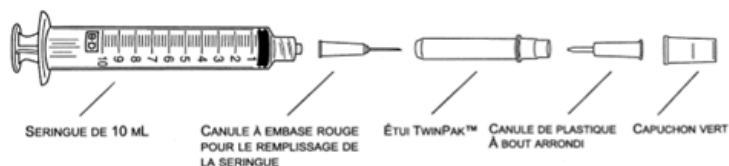
Tableau des doses de TENECTE PLASE TNKase (0,25mg / kg - max 25 mg)

Poids (kg)	Dose (mg)	Volume (mL)
Moins de 60	15	3
60 à 69,9	17,5	3,5
70 à 79,9	20	4
80 à 89,9	22,5	4,5
90 et plus	25	5

Fiole de 50 mg diluée avec 10 mL d'ESI (5 mg/mL)

#### Préparation du TENECTE PLASE (TNKase)

Présentation : Fiole de 50 mg (poudre)  
Fiole de 10 mL d'eau stérile (ESI) pour injection USP  
Seringue B-D de 10 mL munie d'un dispositif TwinPak à double canule



#### Préparation et administration :

1. Dissoudre la poudre (50 mg) avec 10 mL d'ESI (diluante) pour injection USP en utilisant la seringue BD munie de la canule à embase rouge. Concentration : 5 mg / mL.
2. Injecter le diluant en dirigeant le jet sur la poudre. Il n'est pas rare qu'une légère mousse se forme. Laisser reposer la solution quelques minutes pour que les grosses bulles se dissipent.
3. Remuer délicatement la fiole avec un mouvement circulaire jusqu'à dissolution complète. **NE PAS AGITER.** Doit être utilisé dans les prochaines 8 heures. Le produit doit être inspecté visuellement avant usage afin de vérifier l'absence de particule et de changement de couleur.
4. Prélever la dose telle que prescrite selon le poids du patient.

**ATTENTION** : La double vérification indépendante (DVI) est **OBLIGATOIRE** avant l'administration.

5. **Administrer en IV en 5 à 10 secondes.**  
Rincer la tubulure avant et après la dose avec du NaCl 0,9 % si le soluté en place est différent.

**ATTENTION** : Tenecteplase **INCOMPATIBLE** avec DEXTROSE 5 %



## Annexe 8 : Ordonnances médicales de neurologie - AVC aigu : thrombolyse avec ténecteplase et/ou thrombectomie (suite)

### Formulaire d'enregistrement des médicaments (FEM) pré-imprimé avec ténecteplase



FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DES MÉDICAMENTS  
AVC AIGU (THROMBOLYSE AVEC TENECTEPLASE)

DATE : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

MÉDICATION	HEURE - INITIALES
<p>Ténecteplase (TNKase®), fiole de 50 mg à reconstituer avec 10 mL d' ESI (fournie dans la trousse) (concentration finale : 5 mg / mL)</p> <p>(Dose égale à 0,25 mg / kg, maximum 25 mg)</p> <p>Dose : _____ mg (soit _____ mL) IV x 1</p> <p>À administrer IV en 5 secondes au Y proximal</p>	<p>_____ h _____</p> <p>Initiales (DVI*) :</p> <p>(1) _____ - (2) _____</p>

\* Une double vérification indépendante (DVI) de la dose à administrer est obligatoire

SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES

## Annexe 9 : Ordonnances médicales de neurologie AVC – aigu : thrombolyse et complications



### ORDONNANCES MÉDICALES

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_

Surface corporelle (m<sup>2</sup>) : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Aucune connue

Loi de Vanessa - Réactions indésirables graves aux médicaments : \_\_\_\_\_

ou composer le 14325

SERVICE DE NEUROLOGIE	
AVC aigu : thrombolyse et complications	
<b>Suspicion d'hémorragie cérébrale post-thrombolyse</b>	
Si détérioration des SN, céphalée, hausse de la PA, nausée, vomissement :	
Aviser MD <i>stat</i> . Cesser altéplase (s'il y a lieu). Faire : FSC, PT/PTT, fibrinogène, groupe sanguin	
Scan cérébral <i>stat</i> puis, si hémorragie confirmée :	
<input type="checkbox"/> Viser PA systolique < 140 mm Hg (comme AVC hémorragique)	
<input type="checkbox"/> 6 unités de cryoprécipités	
<input type="checkbox"/> 6 unités de plaquettes si a reçu un antiplaquettaire dans les dernières 48 h	
<input type="checkbox"/> Si fibrinogène ≥ 1 g / L, ajouter 2 plasma frais congelés (1 500 mL)	
<input type="checkbox"/> Si fibrinogène < 1 g / L, ajouter 4 unités de cryoprécipités (total 10 unités)	
<input type="checkbox"/> Consultation en hématologie <input type="checkbox"/> Consultation en neurochirurgie	
<b>Suspicion d'angioedème post-thrombolyse</b>	
S/ difficulté à avaler, respirer ou oedème de la langue ou des lèvres :	
Aviser le médecin immédiatement; cesser l'altéplase (s'il y a lieu); obtenir de l'aide pour la prise des voies aériennes (intubation); et administrer les médicaments prescrits ci-dessous :	
<b>IMPORTANT</b> : ne pas donner d'épinéphrine	
<input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Benadryl) 50 mg IV <i>stat</i>	
<input type="checkbox"/> Méthylprednisolone (Solu-Medrol) 125 mg IV <i>stat</i>	
<input type="checkbox"/> Consultation en allergie <i>stat</i> pour considérer un inhibiteur de la C1 estérase (ex.: Berinert)	
<input type="checkbox"/> Icatibant 10 mg/mL seringue de 3 mL (Firazyr) 30 mg par voie sous-cutanée en au moins 30 secondes dans la région abdominale x 1 dose	
<input type="checkbox"/> Berinert (500 unités / 10 mL) : 20 unités / kg soit _____ unités ou _____ mL IV en bolus lentement à 4 mL / min (Note à l'infirmière : voir verso pour préparation)	
Si non efficace, répétable x 1 après 1 h	
(Note au médecin : ordonnance banque de sang)	
<b>Suspicion de réaction allergique (à l'iode ou autre)</b>	
Si hypotension, difficultés respiratoires et/ou rougeurs cutanées : aviser MD immédiatement	
<input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Benadryl) 50 mg IV <i>stat</i>	
<input type="checkbox"/> Méthylprednisolone (Solu-Medrol) 125 mg IV <i>stat</i>	
<input type="checkbox"/> En dernier recours, épinéphrine 1 mg / mL (1:1 000) : 0,01 mg / kg ad 0,5 mg IM	
Si non efficace, répétable x 1 après 5 min	

Signature

N<sup>o</sup> de permis

Date

Heure

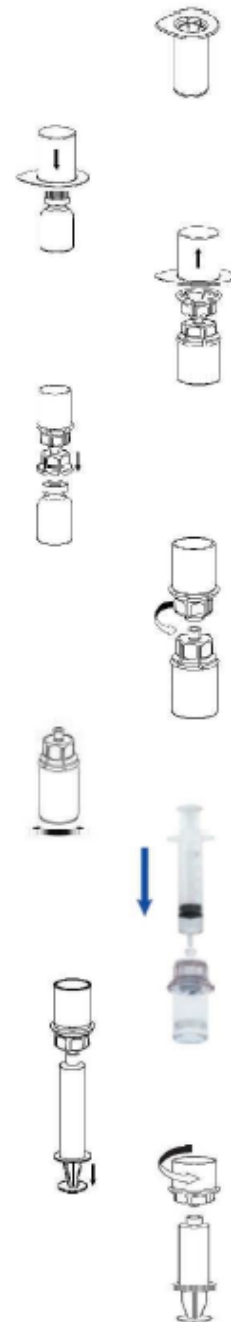
## Annexe 9 : Ordonnances médicales de neurologie AVC – aigu : thrombolyse et complications (suite)

### SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu : thrombolyse et complications : préparation du Berinert (verso de l'ordonnance)

Images : © Behring, 2019

#### Reconstitution du médicament :

- 1) Ouvrir l'emballage du dispositif Mix2Vial® en retirant le capuchon. Ne **pas** retirer le dispositif Mix2Vial® de l'emballage transparent.
- 2) Placer le **flacon de diluant** sur une surface plane et propre et le tenir fermement. Saisir Mix2Vial® et son emballage, puis enfoncer **vers le bas** la pointe de l'adaptateur **bleu** au travers du bouchon du flacon de diluant **tout en la tenant bien droite**.
- 3) Retirer soigneusement l'emballage transparent dans lequel se trouve le dispositif Mix2Vial® en tenant l'emballage par le rebord, puis en le tirant **vers le haut**. S'assurer de ne retirer que l'emballage et non le dispositif Mix2Vial®.
- 4) Après avoir posé le **flacon de produit** sur une surface plane et rigide, retourner le flacon de diluant, auquel est attaché le dispositif Mix2Vial®, et enfoncer **vers le bas** la pointe de l'adaptateur **transparent** au travers du bouchon du flacon de produit **tout en la tenant bien droite**. Le diluant sera automatiquement transféré dans le flacon du produit.
- 5) Saisir d'une main la partie du Mix2Vial® comprenant le flacon de produit reconstitué et de l'autre, la partie comprenant le flacon de diluant, dévisser soigneusement, dans le sens antihoraire, le dispositif en deux pièces. Jeter le flacon de diluant et l'adaptateur Mix2Vial® bleu auquel il est fixé.
- 6) Faire tourner doucement le flacon de produit auquel l'adaptateur transparent est toujours fixé jusqu'à ce que le produit soit complètement dissous. Ne pas secouer le flacon.
- 7) Aspirer de l'air dans une seringue stérile vide. En gardant le flacon de produit à la verticale, visser, dans le sens horaire, la seringue au raccordement de type Luer-Lock du dispositif Mix2Vial®. Appuyer sur le piston de la seringue afin d'injecter l'air dans le flacon de produit.
- 8) Tout en maintenant le piston de la seringue enfoncé, retourner le flacon de produit et aspirer la solution dans la seringue en tirant lentement sur le piston.
- 9) Une fois que la solution a été transférée dans la seringue, tenir fermement le cylindre de la seringue (en gardant le piston de la seringue orienté vers le bas) et dévisser, dans le sens antihoraire, le dispositif transparent Mix2Vial® de la seringue.



# Annexe 10 : Outil de mesure des indicateurs – Service de téléthrombolyse pour les cas AVC aigu



## Outil de mesure des indicateurs - Service de téléthrombolyse pour les cas AVC aigu

### Important : Informations provenant du dossier médical

Nom du patient :

Numéro de téléphone :

Nom du centre d'origine :

Âge de la personne :

Sexe de la personne : Féminin  Masculin

Date et heure de l'évènement :

1. Score ou interprétation documentée de l'Échelle Cincinnati par le SPU dans le dossier médical.	OUI Score :	NON
2. Pré-alerte par les SPU documentée dans le dossier médical avant l'arrivée de la personne à l'urgence.	OUI	NON
3. Date et heure de triage : 1 <sup>er</sup> contact.	Date (A/M/J)	Heure
4. Date et heure de prise en charge par le médecin de l'urgence.	Date (A/M/J)	Heure
5. Date et heure de la TDM faite (système radimage ou sur rapport du résultat).	Date (A/M/J)	Heure
6. Date et heure de sortie de l'urgence.	Date (A/M/J)	Heure
7. Est-ce qu'il y a eu des complications post administration de la thrombolyse? Si oui, laquelle ou lesquelles ? :	OUI	NON
8. Indiquez la destination du patient à la sortie de l'urgence. <input type="checkbox"/> Admission au centre d'origine. <input type="checkbox"/> Transfert <input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Soins intensifs <input type="checkbox"/> Autre CH <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Unité de soins <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation <input type="checkbox"/> Ressource intermédiaire <input type="checkbox"/> Autre		
9. Si patient admis dans l'hôpital, indiquez sa destination à la sortie du centre d'origine ainsi que la date et l'heure. <input type="checkbox"/> Transfert <input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Autre CH <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation <input type="checkbox"/> Ressource intermédiaire Indiquez la cause du décès : Causes neurologiques : <input type="checkbox"/> Œdème cérébral et hypertension intracrânienne <input type="checkbox"/> Récidive AVC <input type="checkbox"/> Hémorragie intra cérébrale <input type="checkbox"/> Autres Causes non neurologiques: <input type="checkbox"/> Hémorragie systémique <input type="checkbox"/> Autres	Date :	Heure :

©, Tous droit réservés CHUM, 2021

Commentaires généraux : .....

Complété par : .....

(Nom et fonction) : ..... Date : .....

Faire parvenir une copie à Madame Siham Housni :

1. Par courriel : [centre.tertiaire.dsi.chum@ssss.gouv.qc.ca](mailto:centre.tertiaire.dsi.chum@ssss.gouv.qc.ca) Par télécopieur : 514 412-7865

Outil élaboré par Anrick Bouchard, chargé de projet téléthrombolyse RUS-UL, volet démonstration. Avec la collaboration du RUS de l'Université de Montréal, l'INSIS et du MRE. Mise à jour par équipe clinique du CHUM. Source : « Outil de mesure des indicateurs : projet de démonstration thrombolyse-AVC ». CRRS Alphonse Desjardins, novembre 2013, inspiré de Rock H. Proceedings of a National Symposium on Rapid Identification and Treatment of Acute Stroke: Response System for Patients Presenting With Acute Stroke. [http://www.stroke.nh.gov/news\\_and\\_events/proceedings/stroke\\_proceedings/rock.htm](http://www.stroke.nh.gov/news_and_events/proceedings/stroke_proceedings/rock.htm). Consulté en ligne le 30 septembre 2013.

## 10.3 EXEMPLE DE PROTOCOLE EN SOINS INFIRMIERS (CHUM)



### Soins infirmiers

#### Soins et surveillance de la personne présentant un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique aigu et traitée par thrombolyse intraveineuse

##### SI-PROTOCOLE-025

##### Conceptrice version 2020

Isabelle Sévigny                      Conseillère en soins spécialisés en sciences neurologiques, DSI

##### Adaptation pour le ténecteplase (TNKase, TNK) 2022

Marie-Christine Bertrand            Conseillère en soins infirmiers en sciences neurologiques, DSI

Dr Yan Deschaintre                  Neurologue vasculaire

##### Personnes consultées version 2022

D<sup>re</sup> Nicole Daneault                  Neurologue vasculaire

Amine Bouziane                      Pharmacien, responsable de l'unité d'évaluation

Josiane Arsenault                    Infirmière clinicienne en pratique avancée (intérim), Urgence

Maxime Dagenais                    Infirmier en pratique avancée, Soins intensifs et grands brûlés

Line Beaudet                         Conseillère senior en soins spécialisés et en recherche clinique

Date de rédaction :                  2020-10-09

Date de mise en vigueur :        2020-10-09

Date de révision :                    2022-10-01

### DÉFINITION

La thrombolyse est un traitement intraveineux sous ordonnance médicale individuelle, administré pour dissoudre un ou plusieurs thrombus causant une occlusion du flux sanguin dans les vaisseaux cérébraux et une réduction de l'oxygénation des tissus environnants à l'origine de l'accident vasculaire cérébral (AVC).

### BUT

Favoriser des soins infirmiers optimaux et uniformes chez la personne victime d'un AVC ischémique aigu traitée par thrombolyse intraveineuse.

### PERSONNEL ET UNITÉS DE SOINS VISÉS

Infirmières et infirmiers de la salle d'urgence, de l'unité de soins de neurologie vasculaire (zone AVC) et des soins intensifs.

### CLIENTÈLE VISÉE

Toute personne présentant un AVC ischémique aigu et traitée par thrombolyse intraveineuse selon des **critères d'admissibilité** (Boulanger et al. 2018), dont :

- Personne de 18 ans et plus
- Apparition des symptômes depuis moins de 4,5 h
- Pression artérielle réduite et stabilisée à < 185/110 mm Hg

Date de rédaction : 2020-10-09

Date de mise en vigueur : 2020-10-09

Date de révision : 2022-10-01

© CHUM 2021 tous droits réservés

SI-PROTOCOLE-0025

Page 1 de 32

Il existe deux (2) **critères d'exclusion absolus** (Boulanger et al., 2018) :

- Toute source d'hémorragie active ou tout trouble susceptible d'augmenter le risque d'hémorragie majeure durant ou après l'administration de la thrombolyse
- Toute hémorragie révélée par imagerie cérébrale

## CONDITIONS D'EXERCICE

Les personnes admissibles à la thrombolyse sont prises en charge dans diverses situations cliniques:

- Lors de l'arrivée par ambulance au service des urgences
- À la suite d'un transfert interhospitalier provenant d'un centre référent
- Au courant d'une hospitalisation ou lors d'une visite dans un service ambulatoire (intra-hospitalier)

Toutes les personnes admissibles doivent recevoir la thrombolyse aussi rapidement que possible, soit dans un délai médian cible de 30 minutes entre l'arrivée à l'hôpital et l'injection.

Pour ce faire, les **ordonnances médicales individuelles** suivantes doivent être complétées par le médecin, selon la situation :

- « AVC aigu : Prise en charge à l'arrivée » ([Annexe 4](#))
- « AVC aigu : Thrombolyse cérébrale avec ténecteplase et/ou thrombectomie » ([Annexe 5](#))
- « AVC aigu : Thrombolyse cérébrale avec altéplase et/ou thrombectomie » ([Annexe 7](#))
- « AVC aigu : Soins et surveillance » ([Annexe 9](#))
- « AVC aigu : Thrombolyse et complications » ([Annexe 10](#))

L'infirmière doit s'assurer d'avoir les **connaissances requises en AVC**, en soins d'urgence ou en soins intensifs pour être en mesure :

- D'évaluer la condition physique et mentale de la personne victime d'un AVC en phase aiguë à partir d'échelles d'évaluation et de dépistage reconnues, permettant :
  - D'apprécier l'évolution neurologique du patient avant, pendant et après la thrombolyse intraveineuse
  - De déceler les détériorations cliniques et d'en déterminer le degré de gravité
  - D'aviser le médecin et intervenir dans un délai opportun
  - D'intervenir dans les délais optimaux afin de prévenir les déficits associés à l'AVC
- D'avoir une approche collaborative, interdisciplinaire et de partenariat avec la personne et ses proches tout au long de l'épisode de soins

## PRÉCAUTIONS ET RESTRICTIONS

Avant d'administrer la thrombolyse, il est important de s'assurer que la personne n'a pas reçu une dose au préalable dans un autre secteur ou un autre établissement de santé. Pour valider cette information, une communication verbale entre les professionnels est essentielle aux points de transitions.

L'administration de la thrombolyse peut occasionner des saignements et entraîner des complications graves.

Les personnes sous anticoagulants ou antiplaquettaires doivent avoir une surveillance accrue avant, pendant et après une thrombolyse en raison du risque hémorragique augmenté dans les 24 h suivant le traitement.

Les mesures invasives pouvant causer des saignements devraient être évitées, dans la mesure du possible, durant minimalement 4 heures suivant l'administration de la thrombolyse. Les ponctions veineuses doivent être exécutées en respectant les principes sécuritaires, tels qu'énoncés dans la méthode de soins en vigueur (SI-MS-177). Les sites de ponction doivent être surveillés avec vigilance dans les 24 heures suivant le traitement.

Exemples de mesures invasives : ponction artérielle, injection intramusculaire, installation d'un tube naso-gastrique, cathétérisme vésical.

Les glycémies capillaires, la prise de température rectale et l'hygiène buccale ne sont pas considérées comme des procédures invasives.

### Alerte clinique

Une pression artérielle (PA) élevée peut accroître le risque d'hémorragie.

- Un saignement intracérébral est une **contre-indication absolue à la thrombolyse**.
- Une PA  $\geq 220/120$  mm Hg soutenue est une **contre-indication relative à la thrombolyse**.
- Une PA élevée augmente le risque de progression du saignement. En général, la cible est :
  - PAs < 140 mm Hg

La PA cible peut varier à travers le continuum AVC :

- Avant la thrombolyse :
  - PAs < 185 mm Hg ou PAD < 110 mm Hg
- Pendant et après la thrombolyse (< 24 h) :
  - PA < 180/105 mm Hg
- $\geq 24$  h après la thrombolyse :
  - Selon les caractéristiques de la personne et les directives médicales associées

## PROCÉDURE

### 1. AVANT L'ADMINISTRATION DE LA THROMBOLYSE

#### 1.1 Évaluation initiale et préparation de la personne à recevoir une thrombolyse intraveineuse à partir d'une ordonnance médicale individuelle ([Annexe 4](#))



L'infirmière contribue à la collecte de données servant à confirmer l'admissibilité du patient à la thrombolyse (ex. : signes vitaux et neurologiques, glycémie, etc.). Elle procède à l'évaluation initiale de la condition physique et mentale de la personne et instaure une surveillance clinique adaptée à l'AVC ischémique aigu :

- Installer le patient sous moniteur cardiaque pour une surveillance continue afin de détecter tout trouble du rythme cardiaque (dont la fibrillation auriculaire)
- Installer un saturomètre pour une surveillance continue de la SpO<sub>2</sub>
- Prendre les signes vitaux aux 15 minutes :
  - La pression artérielle (PA) doit initialement être prise aux deux bras. La comparaison entre les deux bras vise principalement à dépister une dissection de l'aorte (manifestée par une grande asymétrie des PA)
  - La température doit être contrôlée à l'arrivée pour éliminer les soupçons de convulsions fébriles, mimant un AVC (*stroke mimics*)
- Prendre une glycémie capillaire :
  - Une hypoglycémie sévère doit être identifiée afin d'éliminer les soupçons d'un problème de santé autre que l'AVC ischémique aigu
  - Une hyperglycémie doit aussi être rapportée, car elle constitue un élément neurotoxique reconnu associé à une augmentation potentielle du volume d'ischémie et à une possibilité de transformation hémorragique
- Évaluer les signes neurologiques aux 15 minutes en utilisant l'échelle neurologique canadienne (ENC) ([Annexe 2](#))

Elle effectue les interventions suivantes :

- Positionner la tête de lit à 30° afin de diminuer les risques d'aspiration et d'œdème cérébral
- Installer deux accès veineux périphériques selon la méthode de soins en vigueur (SI-MS-177)
- Débuter la perfusion IV du soluté primaire selon l'ordonnance médicale individuelle
- Effectuer les bilans sanguins et les examens complémentaires selon l'ordonnance médicale individuelle

Elle administre à la personne les traitements requis pour ajuster les paramètres cliniques et atteindre des valeurs cibles déterminées, entre autres :

- Administrer un médicament antihypertenseur pour atteindre une pression artérielle systolique (PA<sub>S</sub>) < 185 mm Hg ou la pression artérielle diastolique (PA<sub>D</sub>) < 110 mm Hg
- Administrer de l'oxygène pour augmenter la saturation pulsée en oxygène (SpO<sub>2</sub>) ≥ 94 % (sauf MPOC, viser ≥ 90 %)



**Alerte clinique**

La personne ayant subi un AVC ischémique est à **risque élevé** d'avoir un trouble de déglutition et développer une pneumonie d'aspiration.

Elle doit être gardée NPO et une autre voie d'administration doit être utilisée pour la médication afin d'éviter les aspirations.

Un test de dépistage de la dysphagie au moyen d'un outil au choix de l'établissement (ex. au CHUM, outil STAND à l'[Annexe 3](#)) doit être effectué par l'infirmière dès que possible afin de permettre une reprise d'ingestion per os (ex. : alimentation, médication). Le délai optimal pour effectuer ce test est de 4 h ou moins à partir de l'arrivée à l'hôpital. En présence d'un échec au test, une demande de consultation doit être acheminée aux professionnels concernés afin d'approfondir l'évaluation d'une dysphagie potentielle.

**2. ADMINISTRATION DE LA THROMBOLYSE**

**2.1 Reconstitution de l'agent thrombolytique et préparation de la dose à administrer :**

L'infirmière dilue le médicament selon les recommandations et la trousse du fabricant. Elle prépare la dose à administrer selon l'ordonnance médicale individuelle ([Annexe 5 ou 7](#)). Elle demande ensuite une double vérification indépendante (DVI) de la dose préparée selon la règle de soins infirmiers (SI-RSI-INF-0017) en vigueur. Une signature par intervenant est apposée sur le formulaire prévu à cet effet ([Annexe 6 ou 8](#)).

**Alerte clinique**

Un seul des agents thrombolytiques présentés au tableau 1 ci-dessous peut être utilisé pour une thrombolyse intraveineuse.

**Tableau 1 : Dosage de l'agent thrombolytique**

<b>Ténectéplase (TNKase, TNK)</b> ( <a href="#">Annexe 5</a> )	<b>Altéplase (Activase – rt-PA)</b> ( <a href="#">Annexe 7</a> )
Fiole de 50 mg (10 mL) après reconstitution  Dose totale : 0,25 mg/kg (dose minimale 15 mg et maximale 25 mg)	Fiole de 100 mg (100 mL) après reconstitution  Dose totale : 0,9 mg/kg (dose maximale 90 mg)

N.B. La posologie de l'agent thrombolytique est déterminée selon une charte de poids (kg) de l'utilisateur. Un tableau se retrouve au verso de l'ordonnance médicale individuelle correspondant à l'agent thrombolytique prescrit ([Annexe 5 ou 7](#)).



## 2.2 Administration de la thrombolyse intraveineuse :

L'infirmière administre l'agent thrombolytique par voie intraveineuse selon les directives du fabricant et en tenant compte de la règle de soins infirmiers (SI-RSI-INF-0008) en vigueur. Ces procédures se retrouvent au verso de l'ordonnance médicale individuelle concernée ([Annexe 5 ou 7](#)).

**Tableau 2** : Administration d'un agent thrombolytique

<p align="center"><b>Ténectéplase</b> <b>(TNKase, TNK)</b> <a href="#">(Annexe 5)</a></p>	<p align="center"><b>Altéplase</b> <b>(Activase – rt-PA)</b> <a href="#">(Annexe 7)</a></p>
<p><u>Bolus IV unique</u> : 100 % de la dose</p> <p><u>Étape</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Administrer le <u>bolus unique</u> par seringue au Y proximal d'un circuit intraveineux périphérique en 5 secondes.</li> </ol>	<p><u>Bolus IV initial</u> : 10 % de la dose totale</p> <p><u>Perfusion IV</u> : 90 % de la dose totale</p> <p><u>Étapes</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Administrer le <u>bolus initial</u> par seringue au Y proximal d'un circuit intraveineux périphérique en 1 à 2 minutes.</li> <li>2. Mettre la <u>perfusion IV</u> sous pompe volumétrique et administrer en 60 minutes.</li> </ol>

## 2.3 Surveillance clinique :

L'infirmière assure une surveillance de l'évolution clinique de la personne pendant l'administration d'une thrombolyse lorsque celle-ci est administrée par perfusion, soit lors de l'utilisation de l'altéplase (Tableau 2). Elle prend les SV et SN selon la fréquence établie (Tableau 3), en plus de surveiller l'apparition de signes d'angioedème et d'hypersensibilité.

# 3. APRÈS L'ADMINISTRATION DE LA THROMBOLYSE

## 3.1 Surveillance de l'évolution clinique

L'infirmière assure une surveillance étroite de la personne dans les 24 heures qui suivent l'administration de la thrombolyse et intervient selon l'ordonnance médicale individuelle ([Annexe 9](#)) pour atteindre les cibles déterminées. Elle procède, entre autres, à la gestion des conditions cliniques suivantes :

- L'hypertension artérielle
- La bradycardie
- La désaturation en O<sub>2</sub>
- L'hypo ou l'hyperglycémie
- Les nausées et vomissements
- La rétention urinaire
- Les troubles de déglutition
- Les troubles de constipation

L'évaluation infirmière et les surveillances cliniques présentées dans ce protocole doivent être minimalement appliquées aux fréquences indiquées au tableau 3 et peuvent être plus rapprochées selon la situation clinique. Ces instructions ne doivent aucunement remplacer le jugement infirmier ou les directives médicales.

**Tableau 3** : Fréquence des surveillances selon l'agent thrombolytique utilisé ([Annexes 3 et 8](#))

	<b>Ténectéplase (TNKase, TNK)</b>	<b>Atléplase (Activase – rt-PA)</b>
<b>SV et SN</b>	<u>Avant le bolus</u> : • Q 15 min	<u>Avant le bolus</u> : • Q 15 min
	Non applicable	<u>Pendant la perfusion</u> : (60 min) • Q 15 min
	<u>Après le bolus</u> : • Q 15 min x 1 h • Q 30 min x 2 h • Q 1 h x 4 h • Q 2 h x 8 h • Q 4 h par la suite	<u>Dès la fin de la perfusion</u> : • Q 15 min x 1 h • Q 30 min x 2 h • Q 1 h x 4 h • Q 2 h x 8 h • Q 4 h par la suite
	<u>Après 24-48 h</u> : (si stable) • TID, selon l'ordonnance médicale individuelle	<u>Après 24-48 h</u> : (si stable) • TID, selon l'ordonnance médicale individuelle
Signes d'angioedème et d'hypersensibilité	<u>Après le bolus</u> : • Q 15 min X 1 h	<u>Pendant la perfusion</u> : (60 min) • Q 15 min <u>Après la perfusion</u> : • Q 15 min X 2

N.B. La personne est sous moniteur cardiaque pour une période de 24 à 48 heures.

## CONDUITE À TENIR EN SITUATION D'URGENCE

L'infirmière doit rester à l'affût des signes d'hémorragie intracérébrale, soit une complication grave associée au traitement. Elle doit également surveiller l'apparition des autres complications potentielles. En présence d'un (ou plusieurs) signe(s) de complication, elle avise le médecin dans les meilleurs délais et se réfère à l'ordonnance médicale individuelle ([Annexe 10](#)) pour connaître la conduite à entreprendre. L'infirmière contacte l'équipe d'intervention rapide (ÉIR) si l'état clinique de la personne se détériore et répond aux critères d'appel.

**Tableau 4 :** Principaux signes d'une détérioration clinique associée à la thrombolyse

<p><u>Signes d'hémorragie intracérébrale</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterioration neurologique</li> <li>• Céphalée subite</li> <li>• Nausées et/ou vomissements</li> </ul>
<p><u>Signes d'hémorragie interne</u>  (Ex. : tissus rétropéritonéaux, voies gastro-intestinales, génito-urinaires ou voies ORL) :</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausse ou baisse PA &gt; 40 mmHg</li> <li>• FC &gt; 100/min</li> <li>• Présence de sang dans l'urine (ou obstruction de la sonde urinaire, s'il y a lieu)</li> <li>• Épistaxis ou saignement buccaux</li> <li>• Autres signes, selon la localisation du saignement</li> </ul> <p>* L'hypotension et la tachycardie sont des signes pouvant apparaître tardivement.</p>
<p><u>Signes d'hémorragie à un point de ponction vasculaire</u>  N.B. Bien que les procédures invasives doivent être évitées dans la mesure du possible, ce n'est pas toujours le cas. Notamment, lors d'une thrombectomie endovasculaire, une surveillance accrue doit être effectuée au site fémoral de la ponction artérielle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Induration</li> <li>• Ecchymose ou hématome</li> <li>• Altération des signes neurovasculaires périphériques du membre</li> </ul>
<p><u>Signes d'angioedème et d'hypersensibilité</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Picotement ou œdème au niveau des lèvres, de la langue ou de l'oropharynx</li> <li>• Difficulté respiratoire</li> <li>• Difficulté à déglutir</li> </ul>

## ENSEIGNEMENT À LA PERSONNE ET À SES PROCHES

L'infirmière adapte l'enseignement selon la situation et les besoins de la personne et de ses proches. Elle utilise les fiches santé disponibles sur le site web du CHUM ([Annexe 11](#) ou au <https://www.chumontreal.qc.ca/fiches-sante>) :

- Avoir un caillot dans le cerveau – L'AVC ischémique
- Traiter un AVC par un médicament – La thrombolyse

Elle les remet au patient et à sa famille. Elle en discute avec ceux-ci selon leur besoin et pour valider leur compréhension.

Elle peut également encourager les personnes et leurs proches à consulter des ressources utiles, dont le document « Votre cheminement après un AVC : un guide à l'intention des survivants de l'AVC » publié sur le site de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada et disponible en ligne :

<https://www.coeuretavc.ca/>

## INSCRIPTION AU DOSSIER MÉDICAL

L'infirmière consigne au dossier de la personne toute intervention découlant de ce protocole, en spécifiant :

- La date et l'heure
- L'évaluation clinique de la personne avant et après le traitement
- Les paramètres de surveillances, selon les fréquences attendues
- Les deux dispositifs d'accès veineux périphériques (DAVP) installés, ceux utilisés et l'intégrité des sites d'insertion
- L'agent thrombolytique et les autres médicaments, s'il y a lieu, la dose administrée et le mode d'administration
- Les précautions prises lors de l'administration de l'agent thrombolytique, dont la double-vérification indépendante (DVI) effectuée
- La réaction de la personne au traitement
- Tout examen radiologique demandé et la réalisation de celui-ci
- Les interventions effectuées en présence de complications
- L'enseignement effectué auprès de la personne et de ses proches
- Sa signature

## RÉFÉRENCES

Boulanger, J.M., Lindsay, M.P., Butcher, K., Gubitz, G., Smith, E.E., Stotts, G., Foley, N., ... et Butcher, K. (2018) au nom du Comité consultatif sur les pratiques exemplaires en matière de prise en charge de l'AVC en phase aiguë, du comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC et du comité consultatif sur la qualité des soins de l'AVC; en collaboration avec le Consorsium Neurovasculaire Canadien et l'Association canadienne des médecins d'urgence. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC 2018*; Ottawa, Ontario, Canada : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.

Côté, R., Battista, R.N., Wolfson, C., Boucher, J., Adam, J., & Hachinski, V.C. (1989). The Canadian Neurological Scale: Validation and reliability assessment. *Neurology*, 39(5), 638-643.

Genentech (2018). A member of the Roche Group (2018). *For your acute ischemic stroke patients. The first 24 hours are critical when Activase (alteplase) is administered*. En ligne <https://www.activase.com/content/dam/gene/activase/PDFs/Activase-Posttreatment-Monitoring/Post-Activase-Care-Sheet.pdf>, consulté le 29 mai 2020.

Hoffman-Laroche (2018). *Monographie de l'Activase rt-PA (altéplase) pour indication d'AVC ischémique aigu*. En ligne [https://www.rochecanada.com/PMs\\_Fr/Activase/Activase\\_AMI\\_PM\\_F.pdf](https://www.rochecanada.com/PMs_Fr/Activase/Activase_AMI_PM_F.pdf), consulté le 29 mai 2020.

Hoffmann-La Roche Limitée (2018). *Monographie de la ténecteplase (PrTNKase®) pour injection*. En ligne : [https://www.rochecanada.com/PMs/TNKase/TNKase\\_PM\\_E.pdf](https://www.rochecanada.com/PMs/TNKase/TNKase_PM_E.pdf), consulté le 10 septembre 2022.

Kothari, R.U., Pancioli, A., Liu, T., Brott, T., & Broderick, J. (1999). Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity. *Annals of Emergency Medicine*, 33(4), 373-378.

Menon, B.K., Buck, B.H., Singh, H., Deschaintre, Y., Almekhlafi, M.A., Coutts, S.B., Thirunavukkarasu, S., ... et Swartz, R.H. (2022). Intravenous tenecteplase compared with alteplase for acute ischemic stroke in Canada (AcT): a pragmatic, multicenter, open-label, registry-linked, randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 400(10347), 161-169.

Powers, W.J., Rabinstein, A.A., Ackerson, T., Adeoye, O.M., Bambakidis, N.C., Becker, K., Biller, J., ... et Tirschwell, D.L. on behalf of the American Heart Association Stroke Council, (2018). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke*, 49(3), e46-e99.  
**doi** : <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.000000000000158>.

Powers, W.J., Rabinstein, A.A., Ackerson, T., Adeoye, O.M., Bambakidis, N.C., Becker, K., Biller, J., ... et Tirschwell, D.L. on behalf of the American Heart Association Stroke Council, (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the early Management of Acute Ischemic Stroke. *A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke*, 50(12), e344-e418.  
**doi** : <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STR.000000000000211>.

## Mots clés

AVC, AVC ischémique, thrombolyse, thrombolysé, ténecteplase, TNKase, TNK, altéplase, Activase, rt-PA, cail-  
lot, thrombus, agent thrombolytique.

**APPROBATION**



*Dre Nicole Daneault*

Directrice médicale du programme de santé neurovasculaire

2023.06.20

Date

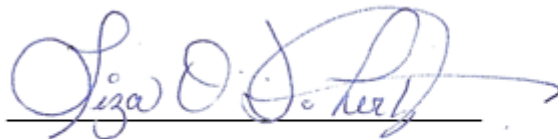


*Renée Descôteaux*

Directrice adjointe des soins infirmiers

23 mars 2023

Date



*Liza O'Doherty*

Présidente du comité des activités interprofessionnelles

2023-03-23

Date



*Jean Morin*

Chef du département de pharmacie

04-04-2023

Date



*Dre Pascale Audet*

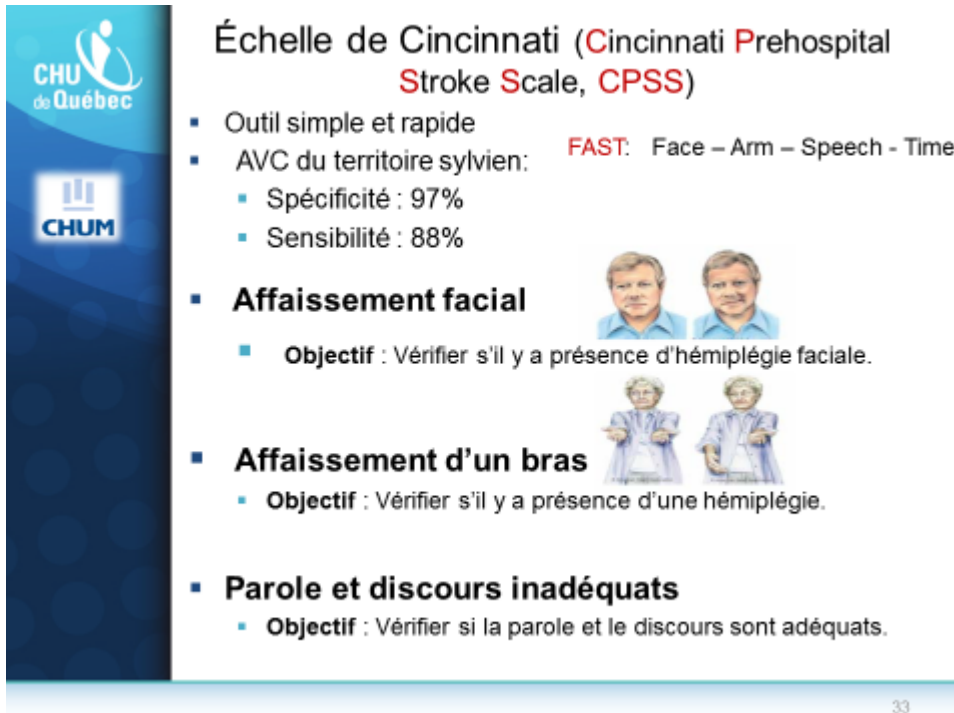
Présidente du comité exécutif du Conseil des médecins,  
dentistes et pharmaciens

02-03-2023



Date



### Annexe 1 : Échelle de Cincinnati



**Échelle de Cincinnati (Cincinnati Prehospital Stroke Scale, CPSS)**

- Outil simple et rapide
- AVC du territoire sylvien: **FAST:** Face – Arm – Speech - Time
  - Spécificité : 97%
  - Sensibilité : 88%
- **Affaissement facial**
  - **Objectif :** Vérifier s'il y a présence d'hémiplégie faciale.
- **Affaissement d'un bras**
  - **Objectif :** Vérifier s'il y a présence d'une hémiplégie.
- **Parole et discours inadéquats**
  - **Objectif :** Vérifier si la parole et le discours sont adéquats.

33

**Annexe 2 : Échelle neurologique canadienne (ENC)**

AVC Ischémique     AVC Hémorragique (HSA, HIP, HIV, HIC)

**\*Si léthargie, semi-comateux ou comateux utiliser l'échelle de coma Glasgow**

		DATE :				
		HEURE :				
1- PUPILLE	Gauche	Dimension (diamètre)				
		Réaction (diamètre)				
	Droite	Dimension				
		Réaction				
ÉCHELLE NEUROLOGIQUE CANADIENNE	2- Niveau de conscience*	Alerte	3			
		Somnolent, mais éveillé	1,5			
	3- Orientation	Orienté	1			
		Désorienté ou N/A	0			
	4- Langage et parole	Normal	1			
		Déficit expressif	0,5			
		Déficit réceptif	0			
	5-A Fonction motrice (pas de déficit réceptif)	LÉGENDE : Visage* : Pas de faiblesse = 0,5 Présence de faiblesse= 0 Membres* : Pas de faiblesse = 1,5 Faiblesse légère = 1 Faiblesse = 0,5 Faiblesse totale = 0 * PRÉCISER LE CÔTÉ DE LA FAIBLESSE droit (D) gauche (G)				
		Visage				
		Bras proximal				
		Bras distal				
		Jambe proximale				
Jambe distale						
5-B Réponse motrice (déficit réceptif)	LÉGENDE : Visage* : Symétrique= 0,5 Asymétrique= 0 Membres* : Égale = 1,5 Inégale = 0 * PRÉCISER LE CÔTÉ DE LA FAIBLESSE droit (D) gauche (G)					
	Visage					
	Bras					
	Jambe					
Total échelle neurologique canadienne /11,5						

Figure 1. Article original : Cote, R., Battista, R.N., Wolfson, C., Boucher, J., Adam, J., & Hachinski, V. C. (1989). The Canadian Neurological Scale: validation and reliability assessment. *Neurology* 39, 638-643.



Annexe 3 : Outil STAND pour le dépistage de la dysphagie



Centre hospitalier  
de l'Université de Montréal

OBSERVATIONS EN SOINS INFIRMIERS  
OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE STAND\*

DATE : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
Année / Mois / Jour

Raison pour laquelle le dépistage de la dysphagie n'a pas été fait < 4 heures :

- Évaluation de la déglutition déjà réalisée  
 A jeun pour chirurgie / SNG  Post thrombectomie  Intubé / trachéotomisé  Autre :

DÉPISTAGE PAR L'INFIRMIÈRE AVANT TOUTE PRISE PER OS

ÉVALUATION INITIALE

- Trop somnolent ou niveau de SaO<sub>2</sub> < 90 %  
Résultat anormal : gardez NPO, complétez la section *résultat du dépistage*
- La voix est mouillée ou le patient est incapable de gérer ses sécrétions  
Résultat anormal : gardez NPO, complétez la section *résultat du dépistage*
- Antécédents de dysphagie  
Résultat anormal : gardez NPO, complétez la section *résultat du dépistage*
- Alerte et maintient un niveau de SaO<sub>2</sub> ≥ 90%, capable de gérer ses sécrétions orales et sans antécédent de dysphagie  
Débutez la section *essais cliniques de déglutition*

ESSAIS CLINIQUES DE DÉGLUTITION

1. PURÉE : Offrez une cuillère à thé de compote de pommes ou de pouding  
 Aucune difficulté observée  
Résultat normal : passez à l'essai avec l'eau  
 Difficultés observées. Problèmes spécifiques n° \_\_\_\_\_ (voir liste des problèmes ci-dessous)  
Résultat anormal : arrêtez, complétez la section *résultat du dépistage*
2. EAU : Offrez 3 oz au verre et ensuite 3 oz à la paille  
 Aucune difficulté observée  
Résultat normal : complétez la section *résultat du dépistage*  
 Difficultés observées. Problèmes spécifiques n° \_\_\_\_\_ (voir liste des problèmes ci-dessous)  
Résultat anormal : arrêtez, complétez la section *résultat du dépistage*

LISTE DES PROBLÈMES

- |                     |  |   |
|---------------------|--|---|
| 1. Toux / Dérhumage | 3. Retient les aliments dans la bouche | 6. Retard/difficulté/douleur à la déglutition |
| 2. Voix mouillée    | 4. Présence de résidus dans les joues  | 7. Larmoiement lors de la déglutition         |
|                     | 5. Écoulement péribuccal               | 8. Désaturation en oxygène / Essoufflement    |

RÉSULTAT DU DÉPISTAGE

- Vous devez cocher une seule case  
 Normal  
 Anormal
- Actions – Cochez les cases pertinentes  
 Si l'évaluation est normale, alimentez le patient avec la diète/texture prescrite par le médecin traitant  
 Si l'évaluation est anormale :  
 NPO  
 Anomalies observées ont été rapportées au médecin traitant  
 Médecin traitant a été avisé que le patient ne peut prendre sa médication P.O.  
 Requête au guichet dysphagie envoyée par télécopieur au 23143 avec motif de référence "Échec au STAND"

POUR TOUS LES PATIENTS – Continuez à surveiller les symptômes d'aspirations silencieuses : pics de température, diminution du niveau de saturation en oxygène pendant l'alimentation, changement à l'auscultation des poumons.

Signature de l'infirmière \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année / Mois / Jour

\* Traduction française libre du Screening Tool for Acute Neurological Dysphagia effectuée par le service d'audiologie-orthophonie du CHUM avec l'autorisation de Tim Shephard, Ph.D., CNS, CNRN, co-auteur de l'outil (septembre 2013).

### Annexe 3 : Outil STAND pour le dépistage de la dysphagie (suite)

#### GUIDE D'APPLICATION DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE STAND (SCREENING TOOL FOR ACUTE NEUROLOGICAL DYSPHAGIA) AUPRÈS DES CLIENTÈLES POST AVC ET DE SCIENCES NEUROLOGIQUES

**BUTS DE L'OUTIL** : assurer une détection précoce et standardisée de la dysphagie; intervenir selon les constats du dépistage; orienter le patient vers les services appropriés.

**CLIENTÈLE VISÉE** : tout patient avec AVC dans un délai de 4 heures post arrivée à l'urgence ou dès suspicion d'un trouble de dysphagie chez tout patient de sciences neurologiques.

#### CONSIDÉRATIONS AVANT LE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE :

- Maintenir le patient à jeun jusqu'au dépistage de la dysphagie;
- Assurer un environnement calme et limiter les distractions pour le patient;
- Se procurer le matériel requis :
  - Compote de pommes ou pouding
  - Une cuillère à thé
  - Trois verres de styromousse (deux remplis d'eau et un vide)
  - Un contenant à médicament d'une once
  - Une paille
- Vérifier que le patient soit éveillé et alerte;
- S'assurer du port des lunettes, prothèses auditives et prothèses dentaires s'il y a lieu;
- Assoir le patient à 90 degrés au fauteuil ou sur civière\*;
- Aligner la tête et le tronc, tête légèrement fléchie avec menton légèrement abaissé;
- Effectuer une brève évaluation de la santé buccale et prodiguer les soins buccaux appropriés chez le patient.

#### DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE :

- Procéder au dépistage de la dysphagie au moyen de l'outil STAND;
- Si aucun résultat anormal n'est identifié en cours de passation de l'outil, l'évaluation est considérée normale. Alimenter le patient selon la prescription médicale;
- Dès qu'un résultat anormal est identifié, cesser le dépistage et maintenir le patient NPO;
  - Rapporter les anomalies au médecin traitant;
  - Aviser le médecin traitant que le patient ne peut prendre sa médication per os\*\*;
  - Acheminer une requête au guichet dysphagie par télécopieur au 23143 avec motif de référence « Échec au STAND »;
- Insérer le formulaire de dépistage STAND complété au dossier médical du patient (onglet *Observations soins infirmiers*).

\* Pour tout patient ayant reçu la thrombectomie, celui-ci ne peut être mis en position assise avant 3 h post fin du traitement.

\*\* Si le patient réussit l'essai avec la purée mais échoue avec l'eau, il peut prendre sa médication per os pouvant être écrasée dans la purée.

## Annexe 4 : Ordonnance médicale individuelle de neurologie – AVC aigu : Prise en charge à l'arrivée

## ORDONNANCES MÉDICALES

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_

Surface corporelle (m<sup>2</sup>) : \_\_\_\_\_Allergies : \_\_\_\_\_ Aucune connue Loi de Vanessa - Réactions indésirables graves aux médicaments : \_\_\_\_\_  
ou composer le 14325

SERVICE DE NEUROLOGIE	
AVC aigu : prise en charge à l'arrivée	
<b>ÉVALUATION à l'arrivée</b>	
Glycémie capillaire x 1	
Température x 1	
SV et SN q 15 min	
Prendre la première PA aux 2 bras	
Monitoring cardiaque et saturation en surveillance continue	
FiO <sub>2</sub> pour SpO <sub>2</sub> > 94 % (> 90 % si MPOC)	
Garder NPO	
Tête de lit à 30° en permanence	
Installer 2 accès veineux (de préférence au bras gauche)	
Perfusion IV de NaCl 0,9 % à 30 mL/h ad ordonnances médicales "AVC aigu : soins et surveillance"	
<b>ANALYSES à faire immédiatement à l'arrivée (AVC aigu &lt; 6 h seulement)</b>	
Bilan thrombolyse-AVC (glucose, créatinine, urée, ALT, Na, K, CO <sub>2</sub> )	
Troponine : si résultat anormal (> 20 ng / L si homme ou > 12 ng / L si femme), répéter q 3 h x 2 (total 3)	
FSC, RNI, temps de céphaline (PTT), fibrinogène, D-dimères	
Bêta-hCG pour les femmes < 50 ans	
<input type="checkbox"/> Dosage de l'anticoagulant (dosage anti-IIa ou anti-Xa selon l'agent pris par le patient)	
<input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa)	<input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto)
<input type="checkbox"/> Apixaban (Éliquis)	<input type="checkbox"/> Edoxaban (Lixiana)
ECG	
<b>IMAGERIE à l'arrivée</b>	
<input type="checkbox"/> Scan cérébral C-	<input type="checkbox"/> IRM cérébrale
<input type="checkbox"/> Angio-scan (Gerbe et Willis)	<input type="checkbox"/> Angio-IRM (Gerbe et Willis)
<input type="checkbox"/> Scan de perfusion	<input type="checkbox"/> Angiographie conventionnelle

Signature

N° de permis

Date

Heure

4 003 976 FUM-0002 Mai 2023

ORDONNANCES MÉDICALES



**Annexe 5 : Ordonnance médicale individuelle de neurologie - AVC aigu : Thrombolyse avec Ténecteplase et/ou thrombectomie (suite)**

**SERVICE DE NEUROLOGIE**  
**AVC aigu: Thrombolyse avec ténecteplase et/ou thrombectomie**  
 (verso de l'ordonnance)

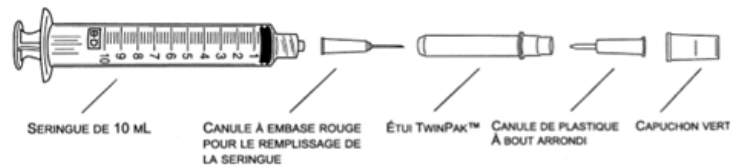
Tableau des doses de TENECTE PLASE TNKase (0,25mg / kg - max 25 mg)

Poids (kg)	Dose (mg)	Volume (mL)
Moins de 60	15	3
60 à 69,9	17,5	3,5
70 à 79,9	20	4
80 à 89,9	22,5	4,5
90 et plus	25	5

Fliole de 50 mg diluée avec 10 mL d'ESI (5 mg/mL)

**Préparation du TENECTE PLASE (TNKase)**

Présentation : Fliole de 50 mg (poudre)  
 Fliole de 10 mL d'eau stérile (ESI) pour injection USP  
 Seringue B-D de 10 mL munie d'un dispositif TwinPak à double canule



**Préparation et administration :**

1. Dissoudre la poudre (50 mg) avec 10 mL d'ESI (diluant) pour injection USP en utilisant la seringue BD munie de la canule à embase rouge. Concentration : 5 mg / mL
2. Injecter le diluant en dirigeant le jet sur la poudre. Il n'est pas rare qu'une légère mousse se forme. Laisser reposer la solution quelques minutes pour que les grosses bulles se dissipent.
3. Remuer délicatement la fiole avec un mouvement circulaire jusqu'à dissolution complète. **NE PAS AGITER.** Doit être utilisé dans les prochaines 8 heures. Le produit doit être inspecté visuellement avant usage afin de vérifier l'absence de particule et de changement de couleur.
4. Prélever la dose telle que prescrite selon le poids du patient.

**ATTENTION :** La double vérification indépendante (DVI) est **OBLIGATOIRE** avant l'administration.

5. **Administrer en IV en 5 à 10 secondes.**  
 Rincer la tubulure avant et après la dose avec du NaCl 0,9 % si le soluté en place est différent.

**ATTENTION :** Teneceplase **INCOMPATIBLE** avec DEXTROSE 5 %



Annexe 6 : Formulaire d'enregistrement des médicaments (FEM) pré-imprimé avec ténecteplase



FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DES MÉDICAMENTS  
AVC AIGU (THROMBOLYSE AVEC TENECTEPLASE)

DATE : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

MÉDICATION	HEURE - INITIALES
Ténecteplase (TNKase®), fiole de 50 mg à reconstituer avec 10 mL d' ESI (fournie dans la trousse) (concentration finale : 5 mg / mL)  (Dose égale à 0,25 mg / kg, maximum 25 mg)  Dose : _____ mg (soit _____ mL) IV x 1  À administrer IV en 5 secondes au Y proximal	_____ h _____  Initiales (DVI*) : (1) _____ - (2) _____

\* Une double vérification indépendante (DVI) de la dose à administrer est obligatoire

SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES



**Annexe 7 : Ordonnance médicale individuelle de neurologie - AVC aigu : Thrombolyse avec altéplase et/ou thrombectomie. Cette ordonnance n'est plus utilisée au CHUM depuis septembre 2022****ORDONNANCES MEDICALES**

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_

Surface corporelle (m<sup>2</sup>) : \_\_\_\_\_Allergies : \_\_\_\_\_ Aucune connue 

Réactions indésirables aux médicaments : \_\_\_\_\_

Page 1 de 2

SERVICE DE NEUROLOGIE	
AVC aigu: thrombolyse avec altéplase ou thrombectomie	
Suivre les ordonnances médicales "AVC aigu : soins et surveillance"	
<b>Aviser MD STAT si:</b> détérioration des SN ou SNV, convulsions, présence ou augmentation des céphalées, vomissement, hausse ou baisse de PA > 40 mm Hg, FC > 100 batt / min	
<input type="checkbox"/> <b>Thrombolyse (Note soins infirmiers : la préparation de l'altéplase à la page 2)</b>	
Dose totale altéplase (Activase - rt-PA) _____ mg (0,9 mg / kg ad maximum 90 mg)	
1- Bolus (10% de la dose totale) _____ mg IV dans une seringue	
en 1 à 2 minutes Dose donnée à _____ h	
2- Perfusion (90 % de la dose totale) _____ mg IV en 60 minutes	
<b>(Note au médecin : Tableau de calcul des dosages et débits au verso)</b>	
<b>Aucun autre médicament dans cette voie</b>	
Ne pas administrer d'antiplaquettaire, d'anticoagulant, d'AINS ou d'antithrombotique	
durant les prochaines 24 h, à moins d'avis contraire du médecin	
Pour les 4 premières heures:	
Surveiller les sites de ponction à la même fréquence que la prise des SV et SN	
Si saignement appliquer pansement compressif x 4 h. Si persiste, aviser MD	
Éviter toute injection IM, voie centrale, gaz artériel, sonde urinaire et TNG	
Mobiliser avec prudence durant les transferts car danger d'hémorragie	
<input type="checkbox"/> <b>Thrombectomie</b>	
Ponction fémorale <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche	
Garder la jambe ponctionnée en extension (tête de lit à plat) <input type="checkbox"/> x 3 h <input type="checkbox"/> x _____ h	
Par la suite le patient peut être installé en position assise au lit à 90° pour le dépistage de dysphagie	
Garder le repos au lit strict x 6 h	
Effectuer à la même fréquence que la prise des SV et SN :	
SNV incluant les pouls fémoral et distal du membre	
Surveillance et palpation de l'aîne (signe hémorragique)	

Signature

N° de permis

Date

Heure

4 000 246 FUM-0002 MAI 2019

ORDONNANCES MÉDICALES

**Annexe 7 : Ordonnance médicale individuelle de neurologie - AVC aigu : Thrombolyse avec Altéplase et/ou thrombectomie (suite)**

CHUM – Tableau indicatif des dosages d'altéplase (Activase - rt-PA de 100 mg / 100 mL) à administrer selon le poids

Poids (lb)	Poids (kg)	Dose totale (mg)	Bolus IV (mg)	Volume exact à retirer (mL)*	Perfusion en 60 min (mg)
90	40,9	36,8	3,7	50	33,1
92	41,8	37,6	3,8	49	33,8
94	42,7	38,4	3,8	48	34,6
96	43,6	39,2	3,9	47	35,3
98	44,6	40,1	4	46	36,1
100	45,5	41	4,1	46	36,9
102	46,4	41,8	4,2	45	37,6
104	47,3	42,6	4,3	44	38,3
106	48,2	43,4	4,3	43	39,1
108	49,1	44,2	4,4	42	39,8
110	50	45	4,5	42	40,5
112	50,9	45,8	4,6	41	41,2
114	51,8	46,6	4,7	40	41,9
116	52,7	47,4	4,7	39	42,7
118	53,6	48,2	4,8	38	43,4
120	54,6	49,1	4,9	37	44,2
122	55,5	50	5	37	45
124	56,4	50,8	5,1	36	45,7
126	57,3	51,6	5,2	35	46,4
128	58,2	52,4	5,2	34	47,2
130	59,1	53,2	5,3	33	47,9
132	60	54	5,4	33	48,6
134	60,9	54,8	5,5	32	49,3
136	61,8	55,6	5,6	31	50
138	62,7	56,4	5,6	30	50,8
140	63,6	57,2	5,7	29	51,5
142	64,6	58,1	5,8	28	52,3
144	65,5	59	5,9	28	53,1
146	66,4	59,8	6	27	53,8
148	67,3	60,6	6,1	26	54,5
150	68,2	61,4	6,1	25	55,3
152	69,1	62,2	6,2	24	56
154	70	63	6,3	24	56,7

Poids (lb)	Poids (kg)	Dose totale (mg)	Bolus IV (mg)	Volume exact à retirer (mL)*	Perfusion en 60 min (mg)
156	70,9	63,8	6,4	23	57,4
158	71,8	64,6	6,5	22	58,1
160	72,7	65,4	6,5	21	58,9
162	73,6	66,2	6,6	20	59,6
164	74,6	67,1	6,7	19	60,4
166	75,5	68	6,8	19	61,2
168	76,4	68,8	6,9	18	61,9
170	77,3	69,6	7	17	62,6
172	78,2	70,4	7	16	63,4
174	79,1	71,2	7,1	15	64,1
176	80	72	7,2	15	64,8
178	80,9	72,8	7,3	14	65,5
180	81,8	73,6	7,4	13	66,2
182	82,7	74,4	7,4	12	67
184	83,6	75,2	7,5	11	67,7
186	84,6	76,1	7,6	10	68,5
188	85,5	77	7,7	10	69,3
190	86,4	77,8	7,8	9	70
192	87,3	78,6	7,9	8	70,7
194	88,2	79,4	7,9	7	71,5
196	89,1	80,2	8	6	72,2
198	90	81	8,1	6	72,9
200	90,9	81,8	8,2	5	73,6
202	91,8	82,6	8,3	4	74,3
204	92,7	83,4	8,3	3	75,1
206	93,6	84,2	8,4	2	75,8
208	94,6	85,1	8,5	1	76,6
210	95,5	86	8,6	1	77,4
212	96,4	86,8	8,7	---	78,1
214	97,3	87,6	8,8	---	78,8
216	98,2	88,4	8,8	---	79,6
218	99,1	89,2	8,9	---	80,3
≥ 220	≥ 100	90	9	---	81

\* Inclus la quantité du vide d'air de la tubulure (décimale éliminée). Une fois diluée, la teneur de la solution d'altéplase (Activase - fiole de 100 mg) est de 1 mg = 1 mL.

**Annexe 7 : Ordonnance médicale individuelle de neurologie - AVC aigu : Thrombolyse avec altéplase et/ou thrombectomie (suite)**

Page 2 de 2

**SERVICE DE NEUROLOGIE  
AVC aigu : thrombolyse (rtPA IV) et (ou) thrombectomie****Préparation de l'altéplase (rt-PA) (Activase)**

Dissoudre la poudre de la fiole d'altéplase (100 mg/fiole) avec la fiole d'eau stérile de 100 mL fournie et utiliser le dispositif de transfert. La teneur finale est de 100 mg / 100 mL (1 mg / mL)

1. Déposer la fiole d'eau stérile pour injection USP sur la table et insérer verticalement au centre du bouchon le dispositif de transfert.
2. Tenir la fiole d'altéplase à l'envers, appuyer le centre du bouchon sur le dispositif de transfert et insérer l'autre pointe dans cette fiole.
3. Retourner les deux fioles de sorte que la fiole d'eau stérile s'écoule dans celle d'altéplase. (Il ne devrait rester qu'environ 0,5 mL d'eau stérile dans la fiole.)
4. Retirer le dispositif de transfert et la fiole vide d'eau stérile et jeter.
5. Remuer doucement la fiole avec un mouvement de rotation pour dissoudre la poudre. **NE PAS AGITER.** Doit être utilisée dans les prochaines 8 heures. La solution d'altéplase doit être limpide et incolore à jaune très pâle. Éviter les particules ou le jaune foncé.
6. Préparer le bolus : prélever la dose à l'aide d'une seringue directement à partir de la fiole dans l'espace prévu à cet effet, soit à côté de la perforation laissée par le dispositif de transfert. Ne pas prélever à partir de la perforation laissée par le dispositif de transfert pour éviter les fuites. **ATTENTION** La double vérification indépendante (DVI) est obligatoire avant d'administrer le bolus IV au patient.
7. Retirer le volume excédentaire de la fiole. Veuillez vous référer à la charte pour connaître le volume à retirer (cette charte tient compte du volume que contient la tubulure Duovent).  
Volume excédentaire à retirer = 100 mL - (dose totale en mL + vide d'air de la tubulure)
8. Préparer la perfusion : Faire le vide d'air de la tubulure Duovent de Baxter. Programmer la pompe volumétrique en mode primaire «volume-temps». La perfusion doit être administrée en 60 minutes. **ATTENTION** La double vérification indépendante (DVI) est obligatoire avant de débiter la perfusion IV au patient (volume, débit, temps)
9. Aucun médicament ne doit être mélangé à la perfusion d'altéplase
10. Garder les fioles non diluées dans les boîtes à l'abri de la lumière.

**Annexe 8 : Formulaire d'enregistrement des médicaments (FEM) pré-imprimé avec altéplase. Ce formulaire n'est plus utilisé au CHUM depuis septembre 2022.**



**FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DES MÉDICAMENTS  
AVC AIGU (THROMBOLYSE AVEC ALTEPLASE)**

DATE :  -  -   
Année Mois Jour

MÉDICAMENTS		HEURE INITIALES			
Dose totale altéplase (Activase-rtPA) à administrer _____ mg					
Bolus (10 % de la dose totale) altéplase (Activase-rtPA)* _____ mg A administrer en 1 ou 2 minutes		___ h ___	Initiales : ___ - ___		
Dose altéplase (Activase-rtPA) excédentaire à retirer de la fiole ___ mL (Volume en mL excédentaire à retirer = 100 mL 'moins' dose totale mL 'moins' 13 mL vide d'air de la tubulure)		___ h ___	Initiales : ___ - ___		
Perfusion (90 % de la dose totale) altéplase (Activase-rtPA)* _____ mg A administrer en 60 minutes avec une pompe volumétrique		___ h ___	Initiales : ___ - ___		
* Une double vérification indépendante est nécessaire (préparation et programmation de la pompe volumétrique débit-volume-temps)					
SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES

4 006 001 Juillet 2018 Dossier médical

Annexe 9 : Ordonnance médicale individuelle de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillances

**ORDONNANCES MÉDICALES**

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_

Surface corporelle (m<sup>2</sup>) : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Aucune connue

Loi de Vanessa - Réactions indésirables graves aux médicaments : \_\_\_\_\_

ou composer le 14325

Page 1 de 4

<b>SERVICE DE NEUROLOGIE</b> <b>AVC aigu : soins et surveillance</b>	
<input type="checkbox"/>	Admission neurovasculaire Dr _____
<input type="checkbox"/>	Transfert prévu ≤ 24 heures (COFR avisé)
<input type="checkbox"/>	AVC ischémique <input type="checkbox"/> Thrombolyse <input type="checkbox"/> Thrombectomie
<input type="checkbox"/>	AVC hémorragique <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/>	Prendre une PA aux deux bras dès que possible
<input type="checkbox"/>	SV et SN q 15 min x 1 h, q 30 min x 2 h, q h x 4 h, q 2 h x 8 h, puis q 4 h OU
<input type="checkbox"/>	SV et SN q _____ h x _____ puis q _____ h x _____ puis tid si stable
<input type="checkbox"/>	Monitoring cardiaque et saturation en continue x 48 h
<input type="checkbox"/>	FiO <sub>2</sub> pour SpO <sub>2</sub> > 94 % (> 90 % si MPOC)
<input type="checkbox"/>	Aviser MD STAT pour toute détérioration
<input type="checkbox"/>	NaCl 0,9 % avec 20 mmol KCl / litre à 80 mL/h ou <input type="checkbox"/> _____
Cibles de PA (mm Hg) : <input type="checkbox"/> ≤ 220 / ≤ 120 <input type="checkbox"/> ≤ 180 / ≤ 105 <input type="checkbox"/> ≤ 140 systolique	
Si PA > cibles, répéter PA et FC après 5 min et si PA toujours > cibles et :	
<input type="checkbox"/>	Si FC > 50 batt / min, labétalol 10 mg IV par tubulure en 1 min, répétable x 1 après 10 min Reprendre PA et FC 5 min après chacune des doses de labétalol et aviser MD
<input type="checkbox"/>	Si inefficace et si FC > 50 batt/min, perfusion de labétalol 300 mg / 250 mL de NaCl 0,9 % Débuter à 0,2 mg/min. Viser cibles PA systolique (mm Hg) : <input type="checkbox"/> 180-220 <input type="checkbox"/> 160-180 <input type="checkbox"/> 130-140 Augmenter ou diminuer le débit de la perfusion de 0,1 mg / min q 15 min pour atteindre les cibles PA et FC aux 15 min ad l'atteinte des cibles puis aux heures Si PA inférieure à la fenêtre visée, commencer le sevrage Aviser le médecin : Après 24 h de labétalol IV pour réévaluation Si débit de la perfusion de labétalol atteint 2 mg / min OU 1 mg / min, si patient est insuffisant rénal ou cardiaque : aviser le médecin. <b>Note à l'infirmière : voir verso</b>
<input type="checkbox"/>	À chaque augmentation de débit quand PA n'atteint pas la cible dans le délai de 15 min
<input type="checkbox"/>	Si PA > cibles et FC < 50 batt / min hydralazine 10 mg IV en 15 min par minipperfuseur (MD doit être présent lors de l'administration)
<input type="checkbox"/>	Énalapril <input type="checkbox"/> 1,25 mg <input type="checkbox"/> 2,5 mg par minipperfuseur en 15 min x 1 dose
<input type="checkbox"/>	Voir ordonnance de clevidipine (4 006 353)

Signature

N<sup>o</sup> de permis

Date

Heure

**Annexe 9 : Ordonnance médicale individuelle de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillances (suite)**

**SERVICE DE NEUROLOGIE  
AVC aigu : soins et surveillance**

(verso de la page 2 de l'ordonnance)

**Conversion des débits de labétalol**  
Labetalol 300 mg / 250 mL, à la teneur d'environ 1 mg / mL  
en tenant compte du volume du médicament ajouté

	mg / min	mL / h
Dose de départ	0,2	12
Augmentation de dose	0,1	6
Aviser MD lorsque le débit atteint:	2	120
Patient insuffisant rénal ou cardiaque, avisé MD lorsque le débit atteint:	1	60



Annexe 9 : Ordonnance médicale individuelle de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillances (suite)



<b>SERVICE DE NEUROLOGIE</b> <b>AVC aigu : soins et surveillance</b>			
<p>Tête de lit en permanence :    <input type="checkbox"/> Selon confort    <input type="checkbox"/> À 30°    <input type="checkbox"/> À plat</p> <p><input type="checkbox"/> Repos au lit strict :    <input type="checkbox"/> x 6 h    <input type="checkbox"/> x 24 h    <input type="checkbox"/> x _____ h</p> <p>Mobilisation    <input type="checkbox"/> Avec aide    <input type="checkbox"/> Sans aide</p> <p><input type="checkbox"/> Congé salle de choc    <input type="checkbox"/> Transfert à l'unité d'AVC au lit : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dosage ingesta-excreta q 8 h</p>			
<p><b>DYSPHAGIE</b></p> <p>NPO ad dépistage dysphagie (STAND) &lt; 4 h</p> <p>Si anormal, aviser orthophonie, nutrition, ergothérapie et reste NPO en attendant</p> <p>Si normal, diète au goût</p>			
<p><b>MICITION</b></p> <p>Pour 72 h, faire bladder scan post miction ou q 8 h si pas de miction spontanée</p> <p>Cesser bladder scan si miction libre sans résidus x 12 h</p> <p>Si résidu urinaire &gt; 500 mL faire cathétérisme vésical et aviser MD au 3<sup>e</sup> cathétérisme</p> <p>Aviser MD, si aucune miction spontanée après 24 h</p>			
<p><b>Si antécédent de dépression ou changement d'humeur pendant l'hospitalisation :</b></p> <p>Dépistage de la dépression avant le départ pour la réadaptation ou le domicile</p>			
<p><b>GLYCÉMIE</b></p> <p>Glycémie capillaire qid x 48 h, puis cesser si &lt; 8 mmol / L durant 48 heures</p> <p>Échelle d'insuline Trurapi (aspartate) sous-cutanée selon glycémie capillaire qid :</p> <p>≤ 10 mmol / L : 0 unité; 10,1 à 12 mmol / L : 2 unités; 12,1 à 14 mmol / L : 4 unités;</p> <p>14,1 à 16 mmol/L : 6 unités; &gt; 16,1 mmol/L : 8 unités. Donner dose complète HS</p> <p>Si glycémie &lt; 4,1 OU &gt; 16,1 mmol/L aviser le médecin</p>			
<p><b>NAUSÉES ou VOMISSEMENTS</b></p> <p>Ondansétron 4 mg IV STAT puis q 8 h prn; aviser MD à la 1<sup>ère</sup> dose</p>			
<p><b>TEMPÉRATURE</b></p> <p>Prendre la température q 4 h</p> <p>Si &gt; 37,5 °C : acétaminophène 650 mg po ou IR q 4 h prn</p> <p>Si &gt; 38 °C : aviser MD et faire bilan septique : FSC, hémoculture x 2, analyse et culture d'urine, radiographie pulmonaire</p>			

Signature

N° de permis

Date

Heure

## Annexe 9 : Ordonnance médicale individuelle de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillances (suite)

SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu : soins et surveillance	
<b>DOULEUR</b>	Acétaminophène 650 mg po ou IR q 4 h pm
<b>CONSTIPATION</b>	Si absence de selles x 2 jours, donner : Polyéthylène glycol 3350 17 g po die Suppositoires de glycérine IR q 2 jours pm (répétable x 1 après 2 h) Lavement Fleet huileux pm x 1 (répétable x 1 après 2 h) Aviser le médecin si inefficace <b>Attention</b> : omettre laxatifs si > 2 selles par jour ou présence de diarrhée
<b>ANTIPLAQUETTAIRES ET THROMBOPROPHYLAXIE (voir verso pour guider l'évaluation)</b>	<input type="checkbox"/> Aviser MD demain post scan contrôle pour déterminer la médication <input type="checkbox"/> Aspirine (AAS) <input type="checkbox"/> 325 mg 1 co po OU <input type="checkbox"/> 650 mg en supp IR stat, PUIS Aspirine 80 mg : 1 co po die <input type="checkbox"/> Clopidogrel 300 mg = 4 co de 75 mg po STAT puis 75 mg 1 co po die
<b>THROMBOPROPHYLAXIE pharmacologique (voir verso pour guider l'évaluation)</b>	<input type="checkbox"/> Énoxaparine 40 mg sous-cutanée q 24 h à 20 h Si poids < 45 kg <input type="checkbox"/> Énoxaparine 30 mg sous-cutanée q 24 h à 20 h Si poids > 120 kg <input type="checkbox"/> Énoxaparine 30 mg sous-cutanée q 12 h (10 h et 22 h) <input type="checkbox"/> En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 mL / min) : Héparine 5 000 unités sous-cutanée q 12 h (10 h et 22 h) <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Thromboprophylaxie mécanique: jambières à compression pneumatique intermittente <input type="checkbox"/> PAS de thromboprophylaxie Raison (obligatoire) : _____

Signature

N° de permis

Date

Heure

**Annexe 9 : Ordonnance médicale individuelle de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillances (suite)**

**SERVICE DE NEUROLOGIE  
AVC aigu : soins et surveillance**

(verso de la page 3 de l'ordonnance)

**TABLEAU 1. Evaluation du risque de TEV**

*Modèle Padua<sup>1</sup> prédisant le risque de TEV chez les patients médicaux hospitalisés*

Faible risque : score < 4 points

Haut risque : score ≥ 4 points

Dans une étude observationnelle prospective<sup>1</sup> auprès de 1 180 patients hospitalisés, une TEV est survenue dans les 90 jours chez 11 % des patients qui étaient classés à haut risque (≥ 4 points selon les critères ci-dessous) et qui n'avaient pas reçu de thromboprophylaxie (OR, 32; IC 95%, 4,1-251)

Facteurs de risque	Points
Cancer actif <sup>a</sup>	3
Antécédent de TVE (excluant une thrombophlébite des veines superficielles)	3
Mobilité réduite <sup>b</sup>	3
Thrombophilie connue <sup>c</sup>	3
Trauma récent et/ou chirurgie ( ≤ 1 mois )	2
Âge ( ≥ 70 ans )	1
Insuffisance cardiaque et/ou respiratoire	1
Infarctus aigu du myocarde ou AVC ischémique	1
Infection aiguë et/ou condition rhumatologique	1
Obésité (IMC ≥ 30)	1
Hormonothérapie en cours	1

a. Avec métastases (locales ou distantes) ou réception d'une chimiothérapie ou radiothérapie dans les 6 derniers mois.

b. Repos au lit avec privilèges de salle de bain pendant ≥ 3 jours, sur ordre du médecin ou limitations du patient.

c. Porteur d'anomalies de l'antithrombine, des protéines C ou S, du facteur V Leiden, mutation G20210A de la prothrombine ou syndrome antiphospholipide

1. Barbar S, Noventa F, Rossetto V, et al . A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score . J Thromb Haemost 2010; 8 ( 11 ): 2450 - 7.

**TABLEAU 2. Évaluation du risque de saignement**

Le risque de saignement peut être jugé ÉLEVÉ<sup>2</sup> si présence d'UN facteur de risque MAJEUR ou si combinaison de plusieurs facteurs de risque :

Facteurs de risque MAJEURS	Autres facteurs de risque (à considérer si multiples)
<input type="checkbox"/> Ulcère gastro-duodénal actif <input type="checkbox"/> Saignement dans les 3 mois précédant l'admission <input type="checkbox"/> Décompte plaquettaire < 50 x 10 <sup>9</sup> / L	<input type="checkbox"/> Âge > 85 ans (par rapport à < 40 ans) <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique (RNI > 1,5) <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale sévère (DFG < 30 mL/min/m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Bithérapie antiplaquettaire

2. Decousus H, Tapson VF, Bergmann JF, et al. (IMPROVE investigators). Factors at admission associated with bleeding risk in medical patients: findings from the IMPROVE investigators. Chest 2011; 139 ( 1 ): 69-79

Annexe 9 : Ordonnance médicale individuelle de neurologie - AVC aigu : Soins et surveillances (suite)

SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu : soins et surveillance			
<b>Bilan de base</b>			
<input type="checkbox"/> Créatinine, Na, K	<input type="checkbox"/> Ce jour	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> FSC	<input type="checkbox"/> Ce jour	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> RNI et temps de céphaline (PTT)	<input type="checkbox"/> Ce jour	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Troponine	<input type="checkbox"/> Ce jour	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> Autre : _____
(si > 20 ng / L homme ou > 12 ng / L femme: répéter q 3 h x 2 (3 fois au total))			
<input type="checkbox"/> Analyse d'urine	<input type="checkbox"/> Toxicologie urinaire (amphétamines, cannabis, cocaïne, PCP)		
<b>Demain AM</b>			
<input type="checkbox"/> Bilan lipidique (cholestérol total, C-LDL, C-HDL, triglycérides), CK, ALT			
<input type="checkbox"/> Glycémie (à jeun), HbA1c, TSH	<input type="checkbox"/> Calcium, magnésium, phosphore	<input type="checkbox"/> Homocystéine	
<input type="checkbox"/> Étude de l'hémoglobine (électrophorèse de l'hémoglobine)			
<input type="checkbox"/> Bilan nutritionnel : protéine C réactive (CRP), transthyrétine, albumine			
<input type="checkbox"/> Vitamine B12 (Sx neurologiques inexpliqués), acide folique (troubles neurologiques ou neuropathie)			
<input type="checkbox"/> Coagulopathie artérielle : antidiolipines, anticoagulant lupique, anti-bêta-2-glycoprotéine I			
<input type="checkbox"/> Coagulopathie veineuse : antithrombine III, protéine C, protéine S			
mutations du facteur II (gène de la prothrombine G-20210) et du facteur V Leiden			
<input type="checkbox"/> Vasculite : vitesse de sédimentation (VS), ANA, Anti-DNA, Anti-ENA, ANCA, C3, C4, EIA (syphilis)			
<input type="checkbox"/> Dosage de l'anticoagulant (dosage anti-IIa ou anti-Xa selon l'agent pris par le patient)			
<input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa)	<input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto)		
<input type="checkbox"/> Apixaban (Éliquis)	<input type="checkbox"/> Edoxaban (Lixiana)		
<input type="checkbox"/> Autres :			
<b>Imagerie</b>			
<input type="checkbox"/> Scan cérébral C-	<input type="checkbox"/> Demain	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Angio-scan (Gerbe et Willis)			
<input type="checkbox"/> IRM cérébrale	<input type="checkbox"/> ECG		
<input type="checkbox"/> Angio-IRM (Gerbe et Willis)	<input type="checkbox"/> Holter		
<input type="checkbox"/> Angiographie conventionnelle	<input type="checkbox"/> Échographie cardiaque (ETT)		
<input type="checkbox"/> Doppler carotidien	<input type="checkbox"/> Écho transoesophagienne (ETO)		
<input type="checkbox"/> Doppler trans-crânien	<input type="checkbox"/> Rx pulmonaire		
<b>Consultants</b>			
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Nutrition
<input type="checkbox"/> Pharmacie	<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/> Soins spirituels	<input type="checkbox"/> Service social
<input type="checkbox"/> Autre : _____			
<input type="checkbox"/> Infirmière de suivi systématique de la clientèle neurovasculaire			

Signature

N° de permis

Date

Heure



Annexe 10 : Ordonnance médicale individuelle de neurologie AVC – aigu : thrombolyse et complications (suite)

SERVICE DE NEUROLOGIE  
 AVC aigu : thrombolyse et complications : préparation du Berinert  
 (verso de l'ordonnance)

Images : © Behring, 2019

Reconstitution du médicament :


- 1) Ouvrir l'emballage du dispositif Mix2Vial® en retirant le capuchon. Ne **pas** retirer le dispositif Mix2Vial® de l'emballage transparent.
- 2) Placer le **flacon de diluant** sur une surface plane et propre et le tenir fermement. Saisir Mix2Vial® et son emballage, puis enfoncer **vers le bas** la pointe de l'adaptateur **bleu** au travers du bouchon du flacon de diluant **tout en la tenant bien droite**.
- 3) Retirer soigneusement l'emballage transparent dans lequel se trouve le dispositif Mix2Vial® en tenant l'emballage par le rebord, puis en le tirant **vers le haut**. S'assurer de ne retirer que l'emballage et non le dispositif Mix2Vial®.
- 4) Après avoir posé le **flacon de produit** sur une surface plane et rigide, retourner le flacon de diluant, auquel est attaché le dispositif Mix2Vial®, et enfoncer **vers le bas** la pointe de l'adaptateur **transparent** au travers du bouchon du flacon de produit **tout en la tenant bien droite**. Le diluant sera automatiquement transféré dans le flacon du produit.
- 5) Saisir d'une main la partie du Mix2Vial® comprenant le flacon de produit reconstitué et de l'autre, la partie comprenant le flacon de diluant, dévisser soigneusement, dans le sens antihoraire, le dispositif en deux pièces. Jeter le flacon de diluant et l'adaptateur Mix2Vial® bleu auquel il est fixé.
- 6) Faire tourner doucement le flacon de produit auquel l'adaptateur transparent est toujours fixé jusqu'à ce que le produit soit complètement dissous. Ne pas secouer le flacon.
- 7) Aspirer de l'air dans une seringue stérile vide. En gardant le flacon de produit à la verticale, visser, dans le sens horaire, la seringue au raccordement de type Luer-Lock du dispositif Mix2Vial®. Appuyer sur le piston de la seringue afin d'injecter l'air dans le flacon de produit.
- 8) Tout en maintenant le piston de la seringue enfoncé, retourner le flacon de produit et aspirer la solution dans la seringue en tirant lentement sur le piston.
- 9) Une fois que la solution a été transférée dans la seringue, tenir fermement le cylindre de la seringue (en gardant le piston de la seringue orienté vers le bas) et dévisser, dans le sens antihoraire, le dispositif transparent Mix2Vial® de la seringue.





Annexe 11 : Fiches-santé

**Traiter un AVC par un médicament**  
La thrombolyse

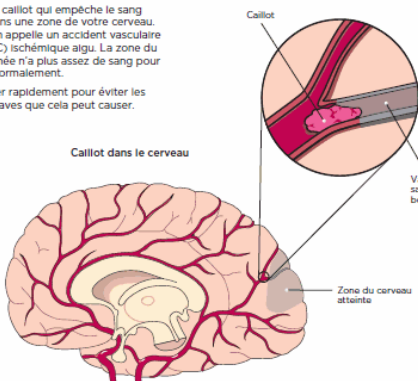



Vous allez bientôt ou vous venez de recevoir un médicament pour détruire un caillot de sang dans le cerveau. Ce traitement est appelé thrombolyse. Cette fiche vous décrit comment se passe le traitement et ce qu'il faut faire après.

**Pourquoi dois-je avoir ce traitement ?**

Vous avez un caillot qui empêche le sang de circuler dans une zone de votre cerveau. C'est ce qu'on appelle un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique aigu. La zone du cerveau touchée n'a plus assez de sang pour fonctionner normalement.

Il faut le traiter rapidement pour éviter les problèmes graves que cela peut causer.



Caillot

Caillot dans le cerveau

Vaisseau sanguin bouché

Zone du cerveau atteinte

Traiter un AVC par un médicament - La thrombolyse 1 Projet d'information et d'éducation à la santé

**Avoir un caillot dans le cerveau**  
L'AVC ischémique

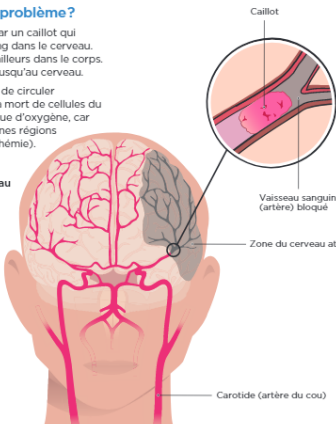



Vous venez de subir un accident vasculaire cérébral (AVC). Un caillot s'est formé dans un vaisseau sanguin de votre cerveau. Cette fiche vous aidera à mieux comprendre ce qui vous arrive et ce que vous pouvez faire.

**En quoi consiste ce problème ?**

Ce type d'AVC est causé par un caillot qui bloque la circulation du sang dans le cerveau. Parfois, le caillot se forme ailleurs dans le corps. Puis, il voyage par le sang jusqu'au cerveau.

Ce caillot empêche le sang de circuler normalement. Cela cause la mort de cellules du cerveau en raison du manque d'oxygène, car le sang n'atteint plus certaines régions (c'est ce qu'on appelle l'ischémie).



Caillot

Caillot dans le cerveau

Vaisseau sanguin (artère) bloqué

Zone du cerveau atteinte

Carotide (artère du cou)

Avoir un caillot dans le cerveau - L'AVC ischémique 1 Centre de littératie en santé du CHUM



# 10.4 INDICATEURS AVC - THROMBECTOMIE - TRAJECTOIRE CLINIQUE PHASE HYPERAIGUE

LOGO

## INDICATEURS AVC -THROMBECTOMIE TRAJECTOIRE CLINIQUE PHASE HYPERAIGUE (TEMPS/MOUVEMENTS)

Numéro de dossier du patient : \_\_\_\_\_

Sexe  M  F Âge : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

### ÉVALUATION PRÉHOSPITALIER

Date et heure de début des symptômes : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure du préavis : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

NOM DU CH :  HCSL  HGJ  HGM  HMR  HND  HNM  HSC

AUTRE \_\_\_\_\_

### ÉVALUATION URGENCE

Arrêt au triage  Non  Oui Date et heure du triage : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure du début de l'évaluation 1<sup>er</sup> md (contact) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure de lancement du code AVC \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure d'arrivée du médecin consultant \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure de début de l'évaluation du médecin consultant \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

### IMAGERIE

Date et heure de départ pour l'imagerie : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure d'arrivée l'imagerie : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Scan sans contraste Date et heure de lecture \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Angioscan multiphase simultané Date et heure de lecture \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

IRM/ angio Date et heure de lecture \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure de retour à l'urgence \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

### TRAITEMENT

Indications de thrombolyse  Non  Oui

Date et heure de la prescription de la thrombolyse \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure du début de la thrombolyse \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Indications de thrombectomie  Non  Oui

INDICATEURS AVC-THROMBECTOMIE TRAJECTOIRE CLINIQUE PHASE HYPERAIGUE (TEMPS/MOUVEMENTS) (version 26 septembre 2015)

**TRANSFERT INTER ÉTABLISSEMENT**

Date et heure de la demande de transfert faite à Urgences-Santé : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Priorité demandée:  2  5  6  8

Personnel de l'établissement qui fait l'appel :

Commis  Infirmière  Médecin  Autre : \_\_\_\_\_

Date et heure d'arrivée de l'escorte \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure d'arrivée de l'ambulance à l'établissement \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure de départ de l'ambulance \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure d'arrivée au centre tertiaire \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure d'arrivée au dept neuroradiologie \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

CENTRE TERTIAIRE :  HND  HNM  HEJ  HF

**NEURORADIOLOGIE -INTERVENTION**

Date et heure de l'évaluation par l'équipe en neuroradiologie \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Thrombectomie effectuée  Non  Oui

Date et heure de ponction : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure du début de revascularisation: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure de la fin de revascularisation : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

**DESTINATION DU PATIENT**

**ADMISSION** CENTRE TERTIAIRE  HNM  HND

Date et d'arrivée à l'unité AVC ou SI (admission) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

**TRANSFERT**

Si transfert de l'urgence, demande au CH référant (2e)  Non  Oui

Acceptation par le CH référant (2e)  Non  Oui  HCSL  HGJ  HGM  HMR  HSC

Date et heure d'acceptation par le centre référant : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Date et heure de la demande de transfert \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_min

Priorité demandée:  2  5  6  8

**SCORE CLINIQUE**

Score Cincinnati \_\_\_\_\_(0-3))

Échelle canadienne neurologique première évaluation \_\_\_\_\_(0-11.5)

NIHSS première évaluation \_\_\_\_\_(0-42)

Score ASPECT (CTscan) \_\_\_\_\_(0-10)

Score angioscan \_\_\_\_\_(TICI 2a)

Score mRankin (préAVC) \_\_\_\_\_(0-6)

NIHSS 24 heures post- intervention \_\_\_\_\_(0-42)

Personne responsable de la collecte de données \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ h\_\_\_\_

**URGENCE SANTÉ**

**1ER TRANSPORT**

No. AS803 \_\_\_\_\_

No. AS811 \_\_\_\_\_

**2E TRANSPORT**

No. AS803 \_\_\_\_\_

No. AS811 \_\_\_\_\_

**3E TRANSPORT**

No. AS803 \_\_\_\_\_

No. AS811 \_\_\_\_\_

**PRÉ HOSPITALIER**

Numéro de carte d'appel :

Date et heure de début des symptômes : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

Date et heure l'appel au CCS: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

Date et heure de l'arrivée au chevet du patient : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

Score de Cincinnati (0-3)

Présence de critères. d'AVC aigu  Non  Oui

Date et heure du préavis CH : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

**PREMIÈRE URGENCE**

Date et heure d'arrivée au centre \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

**TRANSFERT INTER ÉTABLISSEMENT 1**

Date et heure de la demande de transfert \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

Date et heure d'arrivée de l'ambulance \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

Date et heure de départ de l'ambulance \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

Date et heure d'arrivée au centre tertiaire \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

**TRANSFERT INTER ÉTABLISSEMENT 2**

Date et heure de la demande de transfert : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

Date et heure d'arrivée de l'ambulance centre tertiaire : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

Date et heure d'arrivée au centre receveur : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

**Personne responsable de la collecte de données** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_

## 10.5 PROCÉDURE D'APPEL - RAPATRIEMENT EN AVC - CISSS DE LAVAL

### PROCÉDURE D'APPEL

#### RAPATRIEMENT EN AVC D'UN CENTRE TERTIAIRE VERS CITÉ-DE-LA-SANTÉ (CH3 VERS CH2)

➤ **Patient avec un diagnostic d'AVC AVEC OU SANS INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE : THROMBOLYSE OU THROMBECTOMIE**

1. Afin que le transfert du patient soit planifié, le CH3 appelle l'infirmière de la gestion des lits au 514-292-3520 entre 8h et 23h, 7 jours sur 7. En dehors de ces heures, le CH3 doit appeler le coordonnateur des activités au 514-701-9973
2. Le CH3 envoie par télécopie le résumé de dossier à l'équipe de gestion des lits au 450-975-5081
3. L'infirmière de la gestion des lits appelle le neurologue de garde pour l'aviser du transfert
4. Le médecin du CH3 appelle le neurologue de garde entre 8h et 20h via la téléphoniste au 450-668-1010 et compose le 0
5. Le neurologue de garde prend la décision d'envoyer ou non le patient aux SIC. S'il ne nécessite pas des soins intensifs, il ira sur l'unité de neurologie (5ON). S'il est hospitalisé aux SIC, il sera au nom de l'intensiviste
6. Si le patient nécessite une admission aux Soins Intensifs, le neurologue avisera l'intensiviste de garde et la gestions des lits avisera l'AIC des soins intensifs.
7. Au moment du transfert, l'équipe de soins du CH3 communique avec l'AIC de l'unité des soins intensifs ou de l'unité de neurologie au 450-668-1010 poste 23001 pour les SIC et au 23477 pour l'unité de neurologie

➤ ► **Patient NON-AVC « stroke mimics »**

1. Le médecin du CH3 appelle le médecin de l'urgence via l'infirmière de liaison (7h30 à 23h du lundi au dimanche) au 450-668-1010 poste 24099. En dehors des heures de travail de la liaison, le médecin du CH3 appelle l'assistante-chef de l'urgence au 450-668-1010 poste 24625.
--

*Document préparé par Annie Dubois en février 2017 et révisé par Véronique Pellerin en août 2022*