

Suspicion d'AVC à l'accueil des urgences en cas d'admission après transfert non médicalisé

Contact
infirmier

- Installation du patient dans le box dédié à la télé-consultation
- En décubitus dorsal à 30°
- Évaluation du Score FAST (Face, Arm, Speech, Time)
- S'aider des accompagnants pour horodater l'installation du déficit (si AVC du réveil, retenir la dernière fois où le patient a été vu sans déficit)
- Mesure de la PA, la SaO2, la température, la glycémie capillaire
- Poser une VVP 18 G (vert) sur le membre non déficitaire
- Prélever TP, TCA, iono, NGP, HbCO
- NaCl 9‰ en dérivation
- O2 si SaO2 <95% et si inhalation ou trouble de la conscience
- Enregistrer ECG 12 dérivations

Temps maxi
toléré
10 mn

Contact
médical

- Prévenir biologiste pour disposer de NG/TP-INR-TCA en 15 min

+ 10 mn

- Prévenir (télé-) radiologue + (télé-) neurologue référents

- Examen clinique rapide
- Examen neurologique des fonctions essentielles
- Recherche des signes d'AVC du tronc : vertiges, nystagmus,...
- Penser aux « stroke mimics » : douleur thoracique, asymétrie des pouls,...
- Troubles de vigilance, état de conscience : Score de Glasgow

+ 10 mn

- Accompagner le patient à l'imagerie si radiologue non présent sur site

Imagerie

- IRM si immédiatement disponible :**
séquences de diffusion / perfusion / T2* et angio-RM intracrânienne et gros troncs

- Scanner si IRM non disponible immédiatement :**
angioscanner systématique

= 30 mn
tolérées
entre
admission et
compte-rendu
d'imagerie

Télé-expertise

- Connexion au dossier patient télé-partagé et démarrage visio
- Evaluation score NIHSS (durée 7-8 mn, formation indispensable)
- Partage des images avec le neurologue
- Indication de thrombectomie (cf protocole p30)

+ 10 mn

Thrombolyse ?

- Si indication de Thrombolyse retenue :** *cf. protocole p29*
- A réaliser au SU ou en UNV selon disponibilité des lits,
- En concertation directe avec le neurologue
- Hospitalisation en UNV indispensable : **si télé-thrombolyse, monitoring du GCS et tensionnel automatisé toutes les 15 mn pendant 2 heures sur site puis transfert SMUR vers UNV référente**

+ 5 mn

Hospitalisation

- AVC non thrombolysé :**
- Hospitalisation directe en UNV en concertation avec neurologue ou si défaut de place prévoir monitoring cardiaque les premières 48 h
- Aspirine si infarctus cérébral + HBPM préventive + statine
- Bas de contention
- SAD seulement si globe confirmé (bladder scan, écho) ou suspicion clinique
- Alimentation et réhydratation orale rapidement si déglutition normale

= 45 mn
tolérées
entre
admission et
TL

Notes :

- Procédure valable avec ou sans système de télé-médecine.

- Le respect des délais tolérés jusqu'à l'imagerie est l'objectif à atteindre pour tout AVC qu'il soit éligible ou non à la thrombolyse.

- DVD de formation au NIHSS à télécharger sur http://www.sfm.u.org/fr/formation/FormationSFMU/outils_formation