

**Suspicion d'AIT : Déficit neurologique focal ou rétinien transitoire
typiquement < 1h, pouvant aller jusqu'à 24 heures**

SOS AIT / AVC

Bourg en Bresse : 06 75 73 57 40
Villefranche : 06 88 23 98 14
Lyon (H Neuro) : 04 72 35 69 27
Vienne : 06 85 68 30 26
Valence : 04 75 75 75 75 (standard)

Appel SOS AIT / AVC

Avis neurologique
Hospitalisation en UNV / USINV si possible

Épisode même régressif < 4,5 h

Épisode > 4,5 h

**Filière AVC /
Hospitalisation**

**Discuter la mise en place
d'une double AAP
(ASPIRINE® + Clopidogrel)**

**Bilan de 1ère intention OBLIGATOIRE, le plus rapidement possible,
dans les 24 premières heures :**

- Bilan parenchymateux : IRM cérébrale au mieux, sinon scanner cérébral
- Exploration des artères intra crâniennes et cervicales : AngioIRM, Angioscanner, Echo doppler TSA
- ECG
- Bilan biologique : NFP, TP, TCA, CRP, Ionogramme, Créatininémie

- Sténose ou occlusion artérielle cervicale / intra crânienne et / ou
- Lésions visibles sur la séquence de diffusion et / ou
- AIT à répétition et / ou
- Suspicion ou découverte de cardiopathie emboligène et / ou
- Risque d'AVC intermédiaire ou élevé (ABCD2 entre 3 et 7)

- Normal et
- risque d'AVC faible (ABCD2 ≤ 2)

**ASPIRINE® 250 mg
si absence de CI**

Avis SOS AIT / AVC

Retour à domicile – organiser

- Bilan hépatique, lipidique, glycémie à jeun, Hba1c
- Echographie cardiaque trans thoracique ≤ 15 jours
- IRM (bilan parenchymateux) ≤ 15 jours si non faite
- Consultation neuro ≤ 15 jours pour :
 - confirmation de l'AIT
 - synthèse du bilan étiologique réalisé ± programmation bilan complémentaire : ETO, holter, bilan de thrombose...
 - prévention vasculaire
 - suivi à 3-6 mois
- remise plaquette au patient

Score ABCD2		Pts
A - Age	≥ 60 ans < 60 ans	1 0
B – Pression artérielle	PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg Autre	1 0
C - Clinique	Déficit moteur unilatéral Tb de la parole sans déficit moteur Autre	2 1 0
D – Durée sympt.	≥ 60 minutes 10 – 59 minutes < 10 minutes	2 1 0
D - Diabète	Présent Absent	1 0
Total maximum		7