

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

SOS AIT / AVC

Bourg en Bresse 06 7573 5740
 Villefranche 06 8823 9814
 Lyon (H Neuro) 04 7235 6927
 Vienne 06 8568 3026
 Valence (standard) 04 7575 7575
 Montélimar 04 7553 2295

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