

# FICHE REFLEXE INFIRMIÈRE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION







Nom document  
FICHE SU AVC IAO\_V1.0.doc

Version  
1.0

Date de validation  
15/04/2014

Page 1/1

**OBJECTIF** Décrire le rôle de l'IAO lors de la prise en charge d'un patient suspect d'AVC à son admission en SU.

	ACTIONS	COMMENTAIRES
<b>PRINCIPE FONDAMENTAL</b>	<p>L'AVC est une urgence absolue (UA).</p> <p>Tout patient suspect d'AVC doit être pris en charge sans délai et considéré éligible à la thrombolyse jusqu'à preuve du contraire.</p> <p>Tout patient suspect d'AVC admis directement aux urgences, doit être reconnu dans les meilleurs délais par l'IAO en utilisant les <b>5 signes d'alerte</b> de l'AVC (ASA) et l'échelle <b>FAST (UA)</b>.</p>	<p></p> <p>Cf. BPF_AVC_PRISE_EN_CHARGE_EN_URGENCE_ETAB_PROXIMITE</p> <p></p> <p>Cf. BPF_AVC_PRISE EN CHARGE EN URGENCE_SITE EXPERT UNV_V1.0</p>
<b>ÉTAPE 1</b> ■ <b>ACCUEIL de L'URGENCE et DIAGNOSTIC</b>	<p><b>CAS DU PATIENT RÉGULÉ</b></p> <p><b>Principe</b> : tout patient suspect d'AVC et ayant fait l'objet d'une régulation médicale est <b>orienté immédiatement et directement dans le service d'Imagerie Médicale</b>, sans prise en charge par les Urgences, hormis l'enregistrement administratif.</p> <p><b>1.1 Dès l'appel de la régulation et avant l'arrivée du patient, faire préparer</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le dossier médical,</li> <li>- le kit de prélèvement biologique et le kit perfusion.</li> </ul> <p><b>1.2 A son arrivée</b> le patient est immédiatement orienté en vers le Service d'Imagerie Médicale <b>sans PEC par l'IAO</b>.</p>	<p></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sérum physiologique</b> (250 ml),</li> <li>- <b>Tubulure munie</b> d'un robinet à trois voie</li> </ul>
	<p><b>CAS DU PATIENT NON RÉGULÉ A</b></p> <p><b>1.1 Reconnaître un possible AVC (syndrome déficitaire brutal, focal et d'emblée maximal)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les signes évocateurs d'un AVC ► <b>5 signes de l'ASA</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ faiblesse brutale visage, bras, jambe,</li> <li>▪ perte de la vision,</li> <li>▪ troubles du langage,</li> <li>▪ perte d'équilibre brutale,</li> <li>▪ céphalée sévère.</li> </ul> </li> <li>- Rechercher les <b>circonstances de survenue</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un mode de <b>survenue brutale</b>,</li> <li>▪ <b>l'heure</b> de début des symptômes précise,</li> <li>▪ présence d'un témoin, ou heure à laquelle le patient a été vu normal pour la dernière fois.</li> </ul> </li> <li>- Rechercher les <b>antécédents</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ordonnances,</li> <li>▪ autonomie antérieure ...</li> </ul> </li> <li>- Évaluer les <b>signes de gravité</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la conscience,</li> <li>▪ la respiration,</li> <li>▪ l'état hémodynamique (cf. infra).</li> </ul> </li> <li>- Rechercher l'existence d'un <b>déficit neurologique: score F.A.S.T.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>F</b>ace ► visage,</li> <li>▪ <b>A</b>rm ► déficit bras / jambe</li> <li>▪ <b>S</b>peech ► troubles de la parole</li> <li>▪ <b>T</b>ime ► délai écoulé depuis la survenue du déficit</li> </ul> </li> </ul> <p><b>1.2 Prendre les premières mesures</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre le patient en <b>décubitus dorsal strict</b> ou en PLS si <b>trouble de la conscience ou vomissements</b>,</li> <li>▪ Prendre les constantes : TA aux deux bras, pouls, SaO2, température et <b>HGT</b> (recherche d'une hypoglycémie).</li> </ul> <p><b>1.3 Alerter SANS DÉLAI le médecin urgentiste référent de l'accueil pour une prise en charge immédiate en SAUV.</b></p>	<p></p> <p>Cf. BPF_AVC_PRISE_EN_CHARGE_EN_URGENCE_ETAB_PROXIMITE</p>
<b>ÉTAPE 2</b> ■ <b>EXPERTISE NEURO VASCULAIRE</b>		
<b>ÉTAPE 3</b> ■ <b>TRAITEMENT SI THROMBOLYSE INDIQUÉE</b>		
<b>ÉTAPE 4</b> ■ <b>TRANSFERT</b>		