



- **Demande d'hospitalisation en UNV :**  Oui  Non

Si refus, motif :  Pas d'indication de traitement en phase aiguë  
 Pas de place  
 Terrain (autonomie)  
 Autre : .....

- **Diagnostic initial retenu :**

AVC ischémique confirmé par imagerie  
 AVC ischémique clinique (imagerie non contributive ou non faite)  
 Hémorragie intracérébrale ou méningée  
 AIT  
 Autre : .....

- **Orientation à la sortie des urgences ou UHCD :**

Hospitalisation dans le même établissement  
 Service (liste ci-contre) :   
 Transfert, où ?  
 Etablissement : .....  
 Service (liste ci-contre) :   
 Sortie domicile / EHPAD  
 Décès aux urgences      **Date :** \_\_ / \_\_      **Heure :** |\_\_|h |\_\_|min

- |                              |
|------------------------------|
| 1 : UNV (avec ou sans SI)    |
| 2 : Neurologie non-UNV       |
| 3 : Neurochirurgie           |
| 4 : Court séjour gériatrique |
| 5 : Médecine hors gériatrie  |
| 6 : SSR                      |
| 7 : Autre                    |

- Pas de thrombolyse : pour quelle raison ?**

Délai dépassé  
 Pas d'indication. Préciser : .....  
 Contre-indication à la thrombolyse. Préciser : .....  
 Refus du patient ou d'un proche  
 Décès  
 Autre : .....

## Thrombolyse / Thrombectomie

- Thrombolyse :**

Où ?  UNV     Urgences     Imagerie (hors UNV)     Réa     Neuroradio. interventionnelle

**Date :** \_\_ / \_\_      **Heure de début de la perfusion :** |\_\_|h|\_\_|min

Score NIHSS : - avant thrombolyse : ...../40  
 - à 24h : ...../40

- Thrombectomie prévue :**  CHRU Tours     Autre, où ? : .....

## MERCİ

### FICHE A CONSERVER AUX URGENCES / UNV

- Détacher le 2<sup>ème</sup> feuillet et le faire suivre avec le patient dans son dossier (sauf si transfert hors CVL)
- Une question ? → tél **CVL : 02 47 47 70 02**, ou :
  - 18 : 02 48 48 42 20
  - 28 : 06 43 13 49 55
  - 36, 37, 41 : 06 81 41 04 01
  - 45 : 02 38 61 34 27