

☐ HLAS ☐ HSA ☐ CHSLD DBV ☐ CHSLD GD
☐ HGL ☐ IUSMD ☐ CHSLD DOR ☐ CHSLD NP
☐ CHSM ☐ CLSC ☐ CHSLD LAS ☐ CHSLD LACH

N° dossier / Chart n°	DDN / DOB	Sexe / Sex
Nom / Name	Prénom / First Name	
Nom de la mère / Name of mother		
Adresse / Address		
Tél. / Tel.		
N° assurance maladie / Medicare Card N°		Expiration

Allergie(s) : _____ Taille/Height : _____ Poids/Weight : _____

DIAGNOSTIC : ☐ AVC ischémique; ☐ AVC hémorragique; ☐ Accident ischémique transitoire (AIT); ☐ Autre: _____

Accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique aigu
Ordonnance pré-imprimée de thrombolyse avec ténecteplase (TNKase®)

1. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

1.1. CRITÈRES D'INCLUSION – TOUS les critères suivants doivent être remplis :

- ☐ Diagnostic d'un accident ischémique cérébral aigu avec déficit neurologique important (inclut l'hémianopsie et l'aphasie).
- ☐ L'AVC est invalidant (e.g. avec une perte fonctionnelle significative), généralement définie par un score NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) supérieur à 4.
- ☐ Les risques et les bénéfices de la thrombolyse concordent avec les objectifs de soins de l'utilisateur et tiennent compte de son état fonctionnel avant l'AVC.
- ☐ L'espérance de vie est de 3 mois ou plus.
- ☐ Début bien déterminé des symptômes dans les 4,5 heures avant l'administration de la thrombolyse.

1.2. CRITÈRES D'EXCLUSION ABSOLUE – l'utilisateur est exclu s'il présente au moins un des critères suivants:

- ☐ Toute source d'hémorragie active ou toute condition susceptible d'augmenter le risque d'hémorragie majeure après l'administration de la thrombolyse.
- ☐ Toute hémorragie sur l'imagerie cérébrale.

1.3. CRITÈRES D'EXCLUSION RELATIVE

(Requièrent un jugement clinique basé sur la situation précise. Demander une consultation en neurologie)

1.3.1. Antécédents

- ☐ Antécédents d'hémorragie intracrânienne.
- ☐ Accident vasculaire cérébral ou traumatisme crânien ou intra-spinal grave au cours des 3 derniers mois.
- ☐ Intervention chirurgicale majeure (cardiaque, thoracique, abdominale ou orthopédique) au cours des 14 derniers jours. Le risque varie en fonction de l'intervention.
- ☐ Ponction artérielle d'un site non compressible au cours des 7 derniers jours

1.3.2. Cliniques

- ☐ Symptômes d'AVC dus à une affection neurologique aiguë non ischémique distincte (crise d'épilepsie avec paralysie post-ictale ou signes neurologiques focalisés dus à une hypo ou hyperglycémie sévère).
- ☐ Prise d'anticoagulants oraux directs, d'une dose thérapeutique d'héparine de faible poids moléculaire ou d'autres agents anticoagulants.
- ☐ Hypertension avec une tension artérielle supérieure à 185/110 mmHg malgré un traitement antihypertenseur approprié.

1.3.3. Tomodensitométrie (TDM) ou de l'imagerie par résonance magnétique (IRM)

- ☐ Tomodensitogramme présentant des signes précoces d'infarctus massif (p. ex., hypodensité supérieure à 1/3 du territoire de l'artère cérébrale moyenne [ACM], ou score ASPECTS inférieur à 6).

1.3.4. Laboratoires

- ☐ Rapport international normalisé (RIN) supérieur à 1,7.
- ☐ Décompte plaquettaire inférieur à 100 x 10⁹/L.
- ☐ Allongement du temps de thromboplastine partielle activée.
- ☐ Glycémie inférieure à 2,7 mmol/L ou supérieure à 22,2 mmol/L ➔ (corriger la glycémie et réévaluer).

Prescripteur : Nom (lettres moulées) / Prescriber: Name (block letters)	Signature	No de permis / License No	Date (AAAA/MM/JJ) / (YYYY/MM/DD)	Heure / Hour

☐ HLAS ☐ HSA ☐ CHSLD DBV ☐ CHSLD GD
☐ HGL ☐ IUSMD ☐ CHSLD DOR ☐ CHSLD NP
☐ CHSM ☐ CLSC ☐ CHSLD LAS ☐ CHSLD LACH

N° dossier / Chart n°	DDN / DOB	Sexe / Sex
Nom / Name	Prénom / First Name	
Nom de la mère / Name of mother		
Adresse / Address		
Tél. / Tel.		
N° assurance maladie / Medicare Card N°		Expiration

Allergie(s) : _____ Taille/Height : _____ Poids/Weight : _____

2. AVANT LA THROMBOLYSE AVEC TÉNECTÉPLASE

- Insérer un cathéter IV de calibre 18-20 dans la fosse antécubitale de chaque bras.
- FSC, sodium, potassium, glucose, troponine, DFGé, créatinine, urée (BUN), PT/RIN, Groupe sanguin, rhésus et recherche d'anticorps irréguliers (code 50)
- Tension artérielle (TA), fréquence cardiaque (FC), fréquence respiratoire (FR), température et glycémie capillaire.

ALERTE : Si TA systolique (TAS) supérieure à 185 mmHg ou si TA Diastolique (TAD) supérieure à 110 mmHg ET selon la fréquence cardiaque (FC) ci-dessous :

Initiales du prescripteur	Si FC supérieure ou égale à 60 bpm : Labétalol 10 mg IV direct en 1 min, répéter UNE FOIS après 10 min PRN
_____	Si FC inférieure à 60 bpm : Hydralazine 10 mg IV en 1 min, répéter UNE FOIS après 20 min PRN.

**** Si cibles de TA (e.g. inférieure à 185/110 mmHg) non atteintes après 2 doses successives d'antihypertenseur IV, ne PAS procéder avec la thrombolyse et aviser le médecin (MD) traitant.**

3. THROMBOLYSE AVEC TÉNECTÉPLASE (TNKase®)

Poids de l'usager : _____ Kg.

DOSE DE TÉNECTÉPLASE (TNKase®) selon le poids de l'usager :

(0,25 mg/kg – maximum 25 mg) IV direct en 5 secondes X 1 dose

Initiales du prescripteur	Poids corporel actuel (kg)	Dose (mg)	Volume (mL) de la solution diluée à 5 mg/mL
_____	Moins de 60	15 mg	3
_____	60 à 69,9	17.5 mg	3.5
_____	70 à 79,9	20 mg	4
_____	80 à 89,9	22.5 mg	4,5
_____	Égal ou supérieur à 90	25 mg (dose max.)	5 (volume max.)

**** Se référer à l'annexe (page 7) ou à la monographie pour la méthode de préparation et administration de la ténecteplase (TNKase®).**

ALERTE :

NE PAS UTILISER LA DOSE POUR LA THROMBOLYSE POUR LE TRAITEMENT D'UN INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE.
TÉNECTÉPLASE EST INCOMPATIBLE AVEC LE DEXTROSE

4. APRÈS L'ADMINISTRATION DE TÉNECTÉPLASE

Cesser les injections IM x 24 heures suivant l'administration de ténecteplase, sauf l'épinéphrine, voir ci-dessous.

ALERTE : Si TAS supérieure à 180 mmHg ou si TAD supérieure à 105 mmHg ET selon la FC ci-dessous :

Si FC supérieure ou égale à 60 bpm : Labétalol 10 mg IV direct en 1 min aux 10 min PRN (max. 300 mg dose cumulative totale / 24 h).

Si FC inférieure à 60 bpm: Hydralazine 10 mg IV aux 20 min, PRN (max 2 doses), puis 10 mg IV aux 4 h PRN (max 300 mg dose cumulative totale / 24 h).

Prescripteur : Nom (lettres moulées) / Prescriber: Name (block letters)	Signature	No de permis / License No	Date (AAAA/MM/JJ) / (YYYY/MM/DD)	Heure / Hour

☐ HLAS ☐ HSA ☐ CHSLD DBV ☐ CHSLD GD
☐ HGL ☐ IUSMD ☐ CHSLD DOR ☐ CHSLD NP
☐ CHSM ☐ CLSC ☐ CHSLD LAS ☐ CHSLD LACH

N° dossier / Chart n°	DDN / DOB	Sexe / Sex
Nom / Name	Prénom / First Name	
Nom de la mère / Name of mother		
Adresse / Address		
Tél. / Tel.		
N° assurance maladie / Medicare Card N°		Expiration

Allergie(s) : _____ Taille/Height : _____ Poids/Weight : _____

Initiales du prescripteur	4.1. TRAITEMENT D'UNE RÉACTION D'HYPERSENSIBILITÉ OU D'ANGIOÈDÈME				
_____	En cas de dyspnée, difficulté à avaler ou présence d'œdème lingual, labial ou oropharyngé				
_____	- CESSER la perfusion de ténecteplase et aviser le MD traitant STAT. - SUSPENDRE les inhibiteurs de l'ECA (p. ex., périndopril, lisinopril, ramipril, énalapril).				
_____	Méthylprednisolone 125 mg IV X 1 dose STAT				
_____	ET				
_____	Diphenhydramine 50 mg IV X 1 dose STAT				
_____	ET				
_____	Famotidine 20 mg IV X 1 dose STAT				
En cas de progression, d'aggravation de l'essoufflement ou de réaction grave :					
_____	Épinéphrine 1 mg/mL (1:1000) 0,3 mL IM X 1 dose STAT				
_____	** Attention : Une évaluation médicale des risques/bénéfices d'administrer l'épinéphrine, si requise, doit être réalisée en raison de risque augmenté d'hémorragie cérébrale induite par une poussée hypertensive.				
4.2. SURVEILLANCE					
- Surveiller les signes et symptômes de saignement. - Procéder au dépistage de la dysphagie dans les 4 heures.					
Signes vitaux (TA, FC, FR, SpO₂)	Signes neurologiques (selon le 'Canadian Neurological Scale Assessment')	Signes d'angioèdème	Temp. buccale	Glycémie capillaire	Surveillance cardiaque
aux 15 min X 2 h	aux 15 min X 2 h	aux 15 min X 2 h	aux 4 heures X 24 h puis aux 8 heures	QID (avant les repas et HS) X 48 h	- Monitoring cardiaque continue X 24 h - ECG à 12 dérivations DIE X 3 jours
aux 30 min X 2 h	aux 30 min X 2 h	aux 30 min X 2 h			
aux 30 min X 24 h	aux 30 min X 24 h	aux 30 min X 24 h			
aux 4 heures X 24 h	aux 4 heures X 24 h	aux 4 heures X 24 h			
TID X 5 jours	TID X 5 jours	TID X 5 jours			
Laboratoires à effectuer le matin suivant l'administration de ténecteplase (à 06h00) :					
FSC, bilan de coagulation, fibrinogène, sodium, potassium, glucose, DFG_e, créatinine après l'administration de ténecteplase, bêta-hCG sérique pour toute femme de moins de 50 ans.					
AVISER MD si :					
- Dépistage de la dysphagie est positif et l'usager et mettre l'usager en <i>nil per os</i> (NPO) - TAS est supérieure à 180 mmHg ou la TAD est supérieure à 105 mmHg sur 1 lecture ou plus OU selon les valeurs spécifiées par le neurologue : _____ mmHg. - TAS est inférieure à 110 mmHg. - TA varie de 40 mmHg ou plus. - Glycémie inférieure à 4 mmol/L ou supérieure à 10.1 mmol/L. - Température buccale supérieure à 38 °C ET faire : hémoculture X 2, analyse d'urine, culture d'urine, radiographie pulmonaire, culture d'expectoration. - Si la saturation en oxygène (SpO₂) est inférieure à 92 % : appliquer des pinces nasales à raison de 2 L/min.					
ALERTE :					
AVISER LE MD IMMÉDIATEMENT EN CAS DE DÉTÉRIORATION NEUROLOGIQUE, DE CÉPHALÉES SÉVÈRES, DE NOUVELLES NAUSÉES OU DE VOMISSEMENTS.					
4.3. ACTIVITÉS					
- Repos au lit pendant 12 heures, puis évaluation par le MD. - Initier le dépistage pour la douleur à l'épaule et documenter dans le dossier de l'usager.					

Prescripteur : Nom (lettres moulées) / Prescriber: Name (block letters)	Signature	No de permis / License No	Date (AAAA/MM/JJ) / (YYYY/MM/DD)	Heure / Hour

☐ HLAS ☐ HSA ☐ CHSLD DBV ☐ CHSLD GD
☐ HGL ☐ IUSMD ☐ CHSLD DOR ☐ CHSLD NP
☐ CHSM ☐ CLSC ☐ CHSLD LAS ☐ CHSLD LACH

N° dossier / Chart n°	DDN / DOB	Sexe / Sex
Nom / Name	Prénom / First Name	
Nom de la mère / Name of mother		
Adresse / Address		
Tél. / Tel.		
N° assurance maladie / Medicare Card N°		Expiration

Allergie(s) : _____ Taille/Height : _____ Poids/Weight : _____

4.4. CONSULTATIONS

☐ Ergothérapie ☐ Physiothérapie ☐ Orthophonie ☐ Travail social

4.5. AUTRES MESURES

- Tête de lit à 30°.
- Éviter les procédures invasives non nécessaires, incluant l'insertion d'une sonde nasogastrique/cathéter urinaire (foley) X 24 heures.
- S'il y a lieu, appliquer des jambières pneumatiques jusqu'à ce que la personne soit entièrement ambulatoire ou de bas anti-embolie T.E.D.® jusqu'à la sortie de l'hôpital.
- Hygiène orale après les repas et au coucher.
- Échographie vésicale si absence de miction spontanée X 6 heures. Si le volume aléatoire est supérieur à 600 mL aviser le MD.
- Échographie vésicale post miction si miction libre. Si le volume résiduel après la miction est supérieur à 400 mL, aviser le MD.

Initiales du
prescripteur

5. MÉDICATIONS

ALERTE :

**SUSPENDRE / NE PAS INITIER LES ANTIPLAQUETTAIRES ET/OU ANTICOAGULANTS X
24 HEURES APRÈS L'ADMINISTRATION DE TÊNECTÉPLASE**

- **Héparine non fractionnée.**
- **Héparine de faible poids moléculaire :** daltéparine (Fragmin®), énoxaparine (Lovenox®), biosimilaires de l'énoxaparine (Noromby®, Redesca®, Inclunox®), nadroparine (Fraxiparine®), tinzaparine (Innohep®).
- **Antagonistes de la vitamine K :** warfarine (Coumadin®), nicoumalone (Sintrom®)
- **Anticoagulants oraux directs :** apixaban (Eliquis®), dabigatran (Pradaxa®), rivaroxaban (Xarelto®), edoxaban (Lixiana®).
- **Autres anticoagulants :** danaparoïde (Orgaran®) ou fondaparinux (Arixtra®)
- **Antiplaquettaires :** acide acétylsalicylique (AAS, Aspirine®), clopidogrel (Plavix®), AAS +dipyridole (Aggrenox®), ticlopidine (Ticlid®), prasugrel (Effient®), ticagrelor (Brilinta®).
- **Anti-inflammatoires non stéroïdiens :** ibuprofène (Advil®), diclofénac (Voltaren®), naproxène, indométhacine, etc.

****N.B. Cette liste n'est pas exhaustive.**

Initiales du
prescripteur

5.1. SOINS DE SOUTIEN

_____ Acétaminophène 650 mg par PO/PT/PR aux 6 heures PRN (éviter la voie PR en présence de neutropénie)

_____ Ondansétron ☐ 4 mg **OU** ☐ 8 mg PO/PT/IV aux 8h PRN nausées.

_____ **OU**

_____ Dimenhhydrinate 50 mg PO/PT/IV aux 4h PRN nausées.

_____ Polyéthylène glycol-3350 17 g PO/PT DIE.

_____ **ET**

_____ Sennosides A&B 8,6 mg 2 comprimés PO/PT DIE PRN si absence de selles x 2 jours

_____ **OU**

_____ Bisacodyl 10 mg PR DIE PRN si absence de selles x 2 jours et si la voie PO/PT est impossible

_____ NaCl 0,9 % ☐ IV à _____ mL/heure pendant _____ heures **OU** ☐ solution de rinçage IV (lock/flush)

Prescripteur : Nom (lettres moulées) /
Prescriber: Name (block letters)

Signature

No de permis /
License No

Date (AAAA/MM/JJ) /
(YYYY/MM/DD)

Heure / Hour

☐ HLAS ☐ HSA ☐ CHSLD DBV ☐ CHSLD GD
☐ HGL ☐ IUSMD ☐ CHSLD DOR ☐ CHSLD NP
☐ CHSM ☐ CLSC ☐ CHSLD LAS ☐ CHSLD LACH

N° dossier / Chart n°	DDN / DOB	Sexe / Sex
Nom / Name	Prénom / First Name	
Nom de la mère / Name of mother		
Adresse / Address		
Tél. / Tel.		
N° assurance maladie / Medicare Card N°		Expiration

Allergie(s) : _____ Taille/Height : _____ Poids/Weight : _____

6. PROTOCOLE DE TRANSFUSION MASSIVE

Appeler la banque de sang pour activer le protocole: CHSM: 514 345-3511, poste 3423 HGL : 514 630-2225, poste 5560

7. TRAITEMENT DE PRÉVENTION SECONDAIRE D'UN AVC À COURT TERME

Initiales du prescripteur	Traitement antiplaquettaire – À débiter 24 heures après l'administration de ténecteplase, <u>avec l'approbation du neurologue.</u>	
_____	Bithérapie antiplaquettaire : Aspirine (ASA) 160 mg PO/PT X 1 dose STAT puis ASA 80 mg PO/PT DIE ET Clopidogrel (Plavix®) ☐ 300 mg OU ☐ 600 mg PO/PT X 1 dose STAT puis Clopidogrel (Plavix®) 75 mg PO/PT DIE	X 21 jours
_____	OU Aspirine (ASA) 160 mg PO/PT X 1 dose STAT puis ASA 80 mg PO/PT DIE ET Ticagrelor (Brilinta®) 180 mg PO/PT X 1 dose STAT puis 90 mg PO/PT BID	X 30 jours
_____	Monothérapie antiplaquettaire :	
_____	Aspirine (ASA) 80 mg PO/PT DIE OU	
_____	Clopidogrel (Plavix®) 75 mg PO/PT DIE	
** Selon les caractéristiques du patient, envisager l'utilisation concomitante d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) si nécessaire.		
Initiales du prescripteur	Prophylaxie de la thromboembolie veineuse (TVP) – À débiter 24 heures après l'administration de ténecteplase, <u>avec l'approbation du neurologue.</u>	
_____	Daltéparine (Fragmin®) 5000 unités SC DIE (si poids de l'usager entre 40 à 100 Kg)	
_____	Daltéparine (Fragmin®) 7500 unités SC DIE (si poids de l'usager entre 101 à 120 Kg)	
_____	OU	
_____	Héparine non fractionnée** 5000 unités SC aux 12 heures	
_____	Héparine non fractionnée si poids supérieur à 120 Kg (dose alternative à spécifier) : _____	
_____	OU	
_____	Jambières pneumatiques	
** Utiliser l'héparine non-fractionnée si Clcr inférieure à 30 mL/min.		

Prescripteur : Nom (lettres moulées) / Prescriber: Name (block letters)	Signature	No de permis / License No	Date (AAAA/MM/JJ) / (YYYY/MM/DD)	Heure / Hour

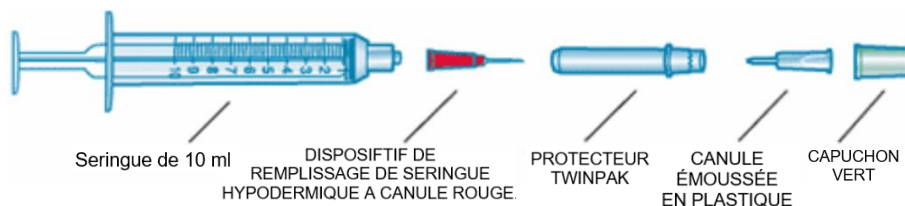
ANNEXE

PRÉPARATION ET ADMINISTRATION DE TÉNECTÉPLASE (TNKase®) à faire juste avant l'injection

****N.B** La procédure suivante s'applique à la trousse de Ténectéplase contenant le dispositif TwinPak à double canule. Si la trousse n'est pas disponible, veuillez-vous référer à la monographie du produit pour les détails sur la méthode de préparation et administration.

Matériel nécessaire:

- 1 x fiole de 50 mg de ténectéplase lyophilisée (dans la trousse)
- 1 fiole de 10 ml d'eau stérile pour injection USP, ESI (flacon de diluant dans la trousse)
- 1 seringue B-D® de 10 mLmunie d'un dispositif TwinPak® à double canule (dans la trousse)



Procédure :

1. Retirer le protecteur d'aiguille de la seringue de 10 mL fournie (dans la trousse). Conserver le protecteur d'aiguille.



2. Prélever de façon aseptique 10 mL d'eau stérile pour injection (ESI) de la fiole de solvant fournie (dans la trousse) à l'aide du dispositif de remplissage de la seringue à canule à moyeu rouge. Remarque : NE PAS UTILISER d'eau bactériostatique pour injection.



3. Injecter la totalité du contenu de la seringue (10 ml) en dirigeant le jet de solvant sur la poudre lyophilisée de ténectéplase lyophilisée. Il n'est pas rare qu'une mousse légère se forme au moment de la reconstitution. Il suffit habituellement de laisser reposer la solution pendant quelques minutes pour que les grosses bulles se dissipent.



4. Remuer délicatement la fiole d'un mouvement circulaire jusqu'à ce que le tout soit complètement dissous. **Ne pas agiter.** Une fois reconstituée, la préparation donne une solution transparente, incolore à jaune pâle, contenant 5 mg/mL de ténectéplase (50 mg/10 mL au total).



5. Déterminer la dose appropriée de ténectéplase et prélever le volume correspondant (en mL; ne doit pas dépasser 5 ml ou 25 mg) de solution reconstituée dans la fiole. Jeter toute solution inutilisée (un flacon plein ne sera jamais utilisé).

6. Après avoir prélevée la dose appropriée de ténectéplase dans la seringue, placer le protecteur verticalement sur une surface plane (face verte vers le bas) et recapuchonner passivement la canule à moyeu rouge.

7. Lorsque la dose est prête à administrée, retirer l'ensemble du protecteur, y compris la canule à moyeu rouge, en tournant dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Remarque : le protecteur contient également une canule en plastique émoussée à extrémité transparente, qu'il faut conserver pour l'accès IV à septum fendu.

8. Si nécessaire, rincer une ligne contenant du dextrose avec une solution contenant du **chlorure de sodium 0.9%** avant et après l'administration de ténectéplase (car une précipitation peut se produire lorsque la ténectéplase est administrée dans une ligne IV contenant du dextrose (e.g. ténectéplase est **incompatible avec dextrose**). Administrer sous forme d'un seul bolus I.V. durant 5 secondes.



Adapté de la monographie TNKase® de Hoffman-La Roche Limited et du site Web officiel TNKase® de Genentech USA, Inc.



0 D I M 0 4 2 8

N° dossier / Chart n°

DDN / DOB

Sexe / Sex

Nom / Name

Prénom / First Name

Nom de la mère / Name of mother

Adresse / Address

Tél. / Tel.

N° assurance maladie / Medicare Card N°

Expiration

☐ HLAS ☐ HGL ☐ CHSM AUTRE : _____

ÉCHELLE DE GLASGOW (GCS)

	Date	Heure											
Ouverture des yeux (E)													
Spontanée (normale) - Yeux ouvert avant stimulation	4												
A l'appel - Après fait une demande en parlant ou en criant	3												
A la pression - Après une pression de l'ongle	2												
Aucune - Aucune ouverture à aucun moment en l'absence de facteurs interférents	1												
Total (1-4)													
Réponse Verbale (V)													
Orienté - Donne correctement son nom, le lieu, et la date	5												
Confus - Pas orienté mais communication cohérente	4												
Mots - Mots isolés et compréhensibles	3												
Sons - Seulement des gémissements ou des grognements	2												
Aucune - Pas de réponse audible, en l'absence de facteurs interférents	1												
Total (1-5)													
Réponse Motrice (M)													
Obéit aux commandes - Répond à deux ordres simples et opposés	6												
Localisation - Porte la main au-dessus de la clavicule pour stimuler la tête et le cou	5												
Flexion normale - Plie rapidement le bras au niveau du coude, mais les caractéristiques ne sont pas majoritairement anormales	4												
Flexion anormale - Bras plié au niveau du coude, caractéristiques clairement anormales	3												
Extension - Extension du bras	2												
Aucune - Pas de mouvement des bras ni des jambes. En l'absence de facteurs interférents	1												
Total (1-6)													
GRAND TOTAL (3-15)													
Initiales													
Les sites de stimulation physique			Caractéristiques des réponses en flexion										
Pression sur l'ongle	Pincement du trapèze	Pression sur l'incisure supra orbitale	Flexion Anormale Lente et stéréotypée Le bras remontant sur le thorax Rotation de l'avant-bras Pouce fermé Extension des jambes Flexion Normale Rapide Non stéréotypée Bras en abduction										

Référence: *The Glasgow Structured Approach to assessment of the Glasgow Coma Scale.* The GCS Aid in different languages - Glasgow Coma Scale. (n.d.). <https://www.glasgowcomascale.org/download-aid/>

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Ouest-de-
l'Île-de-Montréal

Québec

0 D I M 0 4 2 9

☐ HLAS

☐ HGL

☐ CHSM

OUTIL DE SURVEILLANCE CLINIQUE DE
L'ÉCHELLE NEUROLOGIQUE CANADIENNE

N° dossier / Chart n°DDN / DOB

Sexe / Sex

Nom / Name

Prénom / First Name

Nom de la mère / Name of mother

Adresse / Address

Tél. / Tel.

N° assurance maladie / Medicare Card N°

Expiration

ÉCHELLE
NEUROLOGIQUE
CANADIENNE

Année :Date (MM/JJ)

Heure (HH :MM)

Initiales

NIVEAU DE CONSCIENCE* :

Alerte3.0

Somnolent(e) mais éveillable1.5

* Si comateux utiliser l'échelle de coma Glasgow

ORIENTATION :

Orienté(e)1.0

Désorienté ou non applicable0

LANGUE ET PAROLE :

Normale1.0

Déficit expressif0.5

Déficit réceptif0

A1. FONCTION MOTRICE : PAS DE DÉFICIT RÉCEPTIF

Visage

Pas de faiblesse0.5

Faiblesse présente0

Bras

Pas de faiblesse1.5

Faiblesse légère1.0

Faiblesse importante0.5

Faiblesse totale0

a. Proximal

Pas de faiblesse1.5

Faiblesse légère1.0

Faiblesse importante0.5

Faiblesse totale0

b. Distal

Pas de faiblesse1.5

Faiblesse légère1.0

Faiblesse importante0.5

Faiblesse totale0

Jambe

Pas de faiblesse1.5

Faiblesse légère1.0

Faiblesse importante0.5

Faiblesse totale0

a. Proximal

Pas de faiblesse1.5

Faiblesse légère1.0

Faiblesse importante0.5

Faiblesse totale0

b. Distal

Pas de faiblesse1.5

Faiblesse légère1.0

Faiblesse importante0.5

Faiblesse totale0

A2. RÉPONSE MOTRICE : DÉFICIT RÉCEPTIF

Visage

Symétrique0.5

Asymétrique0

Bras

Égal1.5

Inégal0

Jambes

Égal1.5

Inégal0

Total

PUPILLES

Pupil gauge (mm)

23456789

Droite

Diamètre

Réaction

Gauche

Diamètre

Réaction

Réaction de la pupille : B- BrisqueL- LentF- Fixe

FOR-DSI-2024-OM0429

OUTIL DE SURVEILLANCE CLINIQUE DE L'ÉCHELLE NEUROLOGIQUE CANADIENNE

1 de 2



0 D I M 0 4 2 9

N° dossier / Chart n°:

Nom / Name :

Prénom / First Name :

GUIDE D'ÉVALUATION DE L'ÉCHELLE NEUROLOGIQUE CANADIENNE

- Les évaluations de la fonction motrice sont divisées en sections A1 et A2. La section A1 est administrée si le patient est capable de comprendre et de suivre des instructions. La section A2 est administrée en présence de déficits réceptifs.
- Le CNS note uniquement la force motrice du membre le plus *faible*. Pour les patients présentant un déficit réceptif, l'asymétrie de la force est évaluée.

CÉRÉBRATION

NIVEAU DE CONSCIENCE :

Alerte (3 points) — Ouverture spontanée des yeux, état de conscience normal

Somnolent(e) mais éveillable (1.5 points) — Lorsqu'il est stimulé verbalement, le patient reste éveillé et alerte mais a tendance à s'assoupir.

Comatose — Évaluer la fonction neurologique à l'aide de l'échelle de coma de Glasgow

ORIENTATION :

Orienté (1 point) — Le patient répond correctement aux deux questions suivantes : 1. Où êtes-vous ? (Ville et Hôpital) 2. Quel est le mois et l'année ?

Désorienté ou non applicable (0 points) — Le patient ne peut pas indiquer le lieu et l'heure ou ne peut pas exprimer ses réponses par des mots ou un discours intelligible.

LANGUE ET PAROLE :

a) ÉVALUATION DU DÉFICIT RÉCEPTIF

Demandez au patient de:

1) Fermer les yeux 2) Montrer le plafond 3) Répondre à la question : « Une pierre s'enfoncé-t-elle dans l'eau ? »

• Si le patient répond correctement aux trois questions, il n'y a pas de déficit réceptif. Évaluez le déficit expressif ci-dessous.

• Si le patient ne répond pas correctement aux trois questions, il y a un déficit réceptif. Attribuez un score de 0 et passez à la section A2

b) ÉVALUATION DU DÉFICIT EXPRESSIF

• Montrez au patient trois objets séparément (par exemple, un stylo, du papier, une couverture) et demandez-lui de les nommer.

• Demandez au patient de décrire la fonction de chaque objet tout en le montrant à nouveau (par exemple, « A quoi sert un stylo ? »).

• Si le patient nomme correctement et décrit la fonction des trois objets, il n'y a pas de déficit expressif.

• Si le patient ne peut pas nommer et décrire la fonction des trois objets, il présente un déficit expressif.

Normale — Si le patient répond correctement à toutes les questions ci-dessus, il n'y a pas de déficit réceptif. Compléter la **section A1**

Déficit expressif — Si le patient remplit la partie A et échoue à la partie B, il présente un déficit expressif. Remplir la **section A1** pour la fonction motrice

Déficit réceptif — Si le patient échoue à la partie A, remplissez la **section A2** pour la fonction motrice

FONCTION MOTRICE

A1. FONCTION MOTRICE : PAS DE DÉFICIT RÉCEPTIF

VISAGE: Demandez au patient de montrer ses dents.

Pas de faiblesse (0.5 points) — Rictus symétrique, pas d'asymétrie dans le sourire.

Faiblesse présente (0 points) — Asymétrie faciale, un coin de la bouche plus bas que l'autre, au repos ou en montrant les dents.

BRAS PROXIMAL : Demandez au patient de lever les bras au niveau des épaules et appliquez une résistance au-dessus des coudes de façon bilatérale.

Pas de faiblesse (1.5) — Pas de faiblesse.

Faiblesse légère (1.0) — Mouvement jusqu'à 90°, incapable de s'opposer à la pression.

Faiblesse importante (0.5) — Mouvement inférieur à 90°.

Faiblesse totale (0) — Absence de mouvement.

BRAS DISTAL : Demandez au patient de plier le poignet en arrière et exercez une pression sur le dos de la main.

Aucune faiblesse (1.5) — Aucune faiblesse.

Faiblesse légère (1.0) — Peut plier le poignet, incapable de s'opposer à la pression.

Faiblesse importante (0.5) — Quelques mouvements des doigts.

Faiblesse totale (0) — Absence de mouvement.

JAMBE PROXIMALE : Demandez au patient de fléchir le genou à 90°. Poussez vers le bas sur chaque cuisse, une à la fois .

Pas de faiblesse (1.5) — Pas de faiblesse.

Faiblesse légère (1.0) — Peut soulever la jambe, incapable de s'opposer à la pression

Faiblesse importante (0.5) — Mouvement latéral mais pas de soulèvement de la jambe.

Faiblesse totale (0) — Absence de mouvement.

JAMBE DISTALE : Demandez au patient de pointer les orteils et les pieds vers le haut. Poussez vers le bas sur chaque pied, l'un après l'autre.

Aucune faiblesse (1.5) — Aucune faiblesse.

Faiblesse légère (1.0) — Peut pointer le pied et les orteils vers le haut, incapable de s'opposer à la pression.

Faiblesse importante (0.5) — Certains mouvements des orteils, mais incapacité à soulever les orteils ou le pied.

Faiblesse totale (0) — Absence de mouvement.

A2. RÉPONSE MOTRICE : DÉFICIT RÉCEPTIF

Visage : Demandez au patient d'imiter votre sourire

En cas d'incapacité : Appliquer une pression sur le sternum

Bras : Démontrer ou placer les bras du patient devant lui à 90°

En cas d'incapacité : Appliquer une pression bilatérale sur le lit de l'ongle et comparer la réponse

Jambes : Cuisse fléchies à 90°

En cas d'incapacité : Appliquer une pression bilatérale sur le lit de l'ongle et comparer la réponse

Symétrique (0.5) — Symétrique

Égal (1,5) — Réponse motrice égale

Égal (1.5) — Maintient la position ou se retire de manière égale

Asymétrique (0) — Asymétrique

Inégale (0) — Réponse inégale du moteur (enregistrement R ou L)

Inégal (0) — Se retire de façon inégale

Référence: Cote, R., Hachinski, V., Shurvell, B., Norris, J. & Wolfson, C. (1986). The Canadian Neurological Scale: A preliminary study in acute stroke. *Stroke*, 17(4), 731-737.

Marvin, K. (2012) *Canadian neurological scale (CNS), Strokengine*. Edited by A. McDermott and N. Korner-Bitsensky. Available at:

<https://strokengine.ca/en/assessments/canadian-neurological-scale-cns/> (Accessed: 03 July 2024).

GRM 4200041857

Accident vasculaire cérébral : détection des signes et interventions immédiates - clientèle hospitalisée

Cliquez ici pour aller directement à l'auto-inscription

Fiche descriptive de la formation

Informations sur la formation	
ENA ID	13652
Principaux objectifs d'apprentissage	Objectifs d'apprentissage : 1. Réviser les éléments de base de l'AVC; 2. Connaître les signes et symptômes de l'AVC à détecter; 3. Connaître les interventions immédiates requises en présence de signes d'AVC.
Description sommaire	La formation présente des rappels sur l'AVC, les signes et symptômes à reconnaître rapidement, ainsi que les interventions immédiates requises en présence de signes d'AVC.
Mots clés sur le contenu	AVC interventions accident vasculaire cérébral Détection signes Stroke Detecting Signs clientèles hospitalisée hospitalized patients
Programme/service	Santé physique
Sous-programme/service	Cardiologie (inclut chirurgie cardiaque et insuffisance cardiaque) Chirurgie générale Chirurgie vasculaire Médecine d'urgence Médecine de soin intensifs Oncologie (inclut cancer) et radio-oncologie
Clientèle	Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires : infirmière, infirmière clinicienne et praticienne, inhalothérapeute, perfusionniste, infirmière auxiliaire, externe en soins infirmiers, externe en inhalothérapie
Durée de la formation	00h30m
Modalité de diffusion	En ligne asynchrone («e-learning» à partir d'un logiciel auteur, de Moodle ou autoportante : animation, didacticiel, tutoriel, vidéo, webinaire enregistré)

Établissement ou direction	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
La formation est-elle accréditée par un organisme externe?	Non
Équipement/outil nécessaire pour réaliser la formation	PC Tablette électronique



Exporter

➤ Auto-inscription (Étudiant)

Aucune clef d'inscription requise.

Est-ce que vous devez suivre cette formation:

- ☐ Avec l'autorisation de votre employeur
- ☐ Pour votre intérêt/développement personnel

Veuillez-vous référer à votre supérieur immédiat pour en savoir plus sur les modalités de rémunération, le cas échéant.

Enregistrer les changements

Annuler

! requis