



RÉFÉRENCE POUR L'ACCUEIL CLINIQUE  
Accident ischémique transitoire (AIT)  
Selon Ordonnance collective (OC) OC-012

Installation : Hôpital de la Cité-de-la-Santé

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN / IPS REQUÉRANT

CONDITIONS D'INITIATION

- Avoir 18 ans et plus
- Avoir présenté au moins un des symptômes suivants, d'une durée > 5 minutes, pour un maximum de 24h de façon subite
- Les symptômes doivent être survenus il y a plus de 48 heures et moins de 2 mois

SVP COCHER UN DES CRITÈRES SUIVANTS

- Déficit moteur focal unilatéral (faiblesse focale)
- Trouble du langage (aphasie, dysarthrie)
- Perte de vision monoculaire (amaurose fugace) ou d'un héli champ visuel (hémianopsie) ou dipopie
- Ataxie d'un membre ou d'un hémicorps
- Perte de sensibilité d'un seul côté du corps, touchant au moins 2 membres (visage et/ou membre supérieur et/ou membre inférieur), d'apparition subite et non migratoire

INFORMATIONS CLINIQUES PERTINENTES (obligatoire)

CONTRE-INDICATIONS SPÉCIFIQUES

- Survenue des symptômes il y a moins de 48 heures (**ces usagers doivent être dirigés directement à l'urgence pour investigation immédiate**)
- État de conscience altéré ou confusion
- Syncope ou pré-syncope
- Troubles visuels divers (vision floue ou embrouillée, points noirs, scotomes scintillants, etc.)
- Engourdissements migratoires, fluctuants ou progressifs
- Vertige ou déséquilibre

**Si votre usager présente l'une de ces contre-indications, celui-ci n'est pas un candidat pour l'Accueil clinique**

MERCI DE JOINDRE À CETTE DEMANDE LES ITEMS SUIVANTS (obligatoire \*)

- Note de consultation \*       Examens pertinents       Antiplaquettaire prescrit \* (SVP préciser): \_\_\_\_\_
- Diabétique       Allergie iode       Maladie rénale       DFG \* ( $\leq 6$  mois) \_\_\_\_\_

**Toute demande incomplète ou ne répondant pas aux indications et/ou comportant des contre-indications sera retournée et le dossier sera fermé jusqu'à réception de dossier conforme.**

IDENTIFICATION LISIBLE DU MÉDECIN / IPS REQUÉRANT (toutes les informations ci-dessous sont obligatoires)

Nom et prénom du médecin / IPS requérant (en lettres moulées)

Signature

No de permis

Téléphone (ligne directe pour rejoindre MD / IPS) :

Télécopieur ou courriel

Étampe médecin

Clinique – GMF – UMF – autre

Date et heure

**JE M'ENGAGE À FAIRE LE SUIVI TOUT AU LONG DES INVESTIGATIONS.  
EN MON ABSENCE J'AI DÉSIGNÉ LE MD/IPS SUIVANT :**

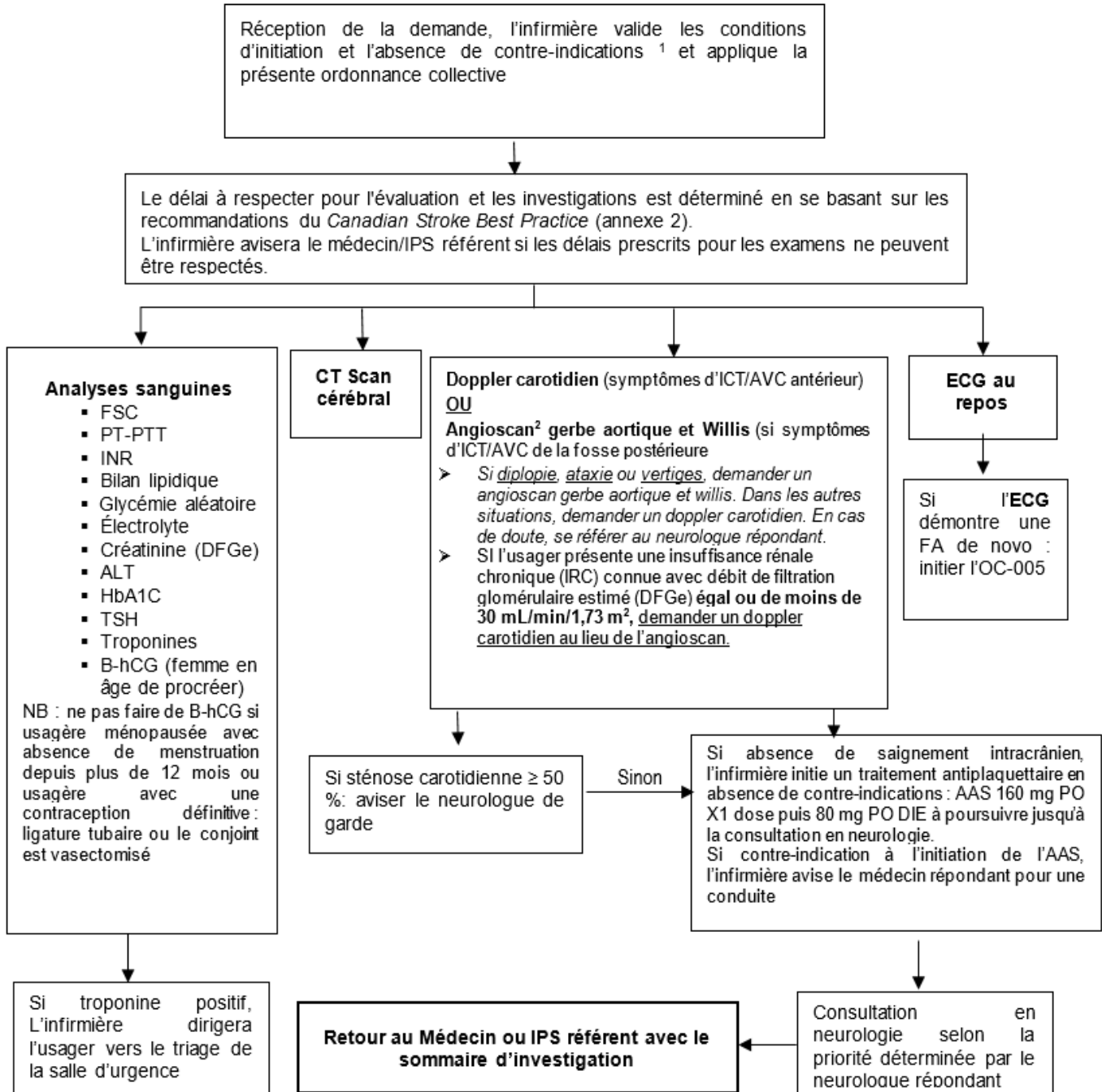
Nom et prénom du médecin / IPS (lettres moulées)

Téléphone (facilement joignable)

Télécopieur ou courriel

**Courriel : accueil.clinique.cissslav@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur: (450) 975-5582 Téléphone: (450) 668-1010 poste 24682**

## Algorithme symptômes d'accident ischémique transitoire (AIT) OC-012



<sup>1</sup> Si survenue des symptômes il y a moins de 48 heures, dirigez directement à l'urgence pour investigation immédiate.

<sup>2</sup> Angioscan/scan cérébral nécessitent l'injection d'un agent de contraste :

- Si l'usager est connu pour une réaction aux produits de radio contraste iodé, l'infirmière de l'Accueil clinique applique l'OC-075 « Initier la médication pour la clientèle avec allergie aux substances de contraste iodés ». L'infirmière achemine le formulaire de liaison par télécopieur à la pharmacie communautaire et contacte l'usager pour lui indiquer l'horaire de prise des médicaments selon l'heure prévue de l'examen.
- Selon les valeurs de débit de filtration glomérulaire (DFGe), se référer à l'OC-150 « Initier la néphroprotection pré examen avec agent de contraste en imagerie médicale ». La radiologie coordonnera avec la médecine de jour pour prévoir une préparation rénale, si nécessaire.

[OC-012-3 Initier les mesures diagnostiques et une consultation pour les usagers présentant un accident ischémique transitoire \(AIT\) ou AVC](#)

p.7