

Date :
Nom, Prénom du malade :.....
Nom, prénom du soignant :.....

<i>étiquette</i>

CAT SUSPICION MALAISE/MOUVEMENTS ANORMAUX ET AVC			
CHECK-LIST 3			
A réaliser par l'appelant auprès du résident, avant tout appel à une ressource médicale			
Consignes écrites de limitation des soins		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Symptôme		Oui	Non
Troubles neurologiques	Perte de connaissance/de contact Si oui combien de temps :	<input type="checkbox"/> _____min	<input type="checkbox"/>
	Le patient ouvre les yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A la demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Secousse des bras et des jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yeux révoltés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mâchoires serrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Perte d'urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le patient répond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La réponse est normale ou comme d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La réponse est confuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La réponse est incompréhensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Serre la main G à la demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Serre la main D à la demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déviation de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pâleur, Sueurs, Nausées, vomissement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si chute		Cf check-list chute avec lésions	
FAST	<input type="checkbox"/> Face (faiblesse* ou engourdissement uni ou bilatéral de la face) * Asymétrie à la grimace, au sourire ou au gonflement des joues		
	<input type="checkbox"/> Arm (perte de force ou engourdissement MS ou MI)		
	<input type="checkbox"/> Speak (difficulté de langage ou de compréhension)		
	<input type="checkbox"/> Time (l'un de ces trois symptômes est survenu de façon brutale) Heure de survenue/de découverte : __h__min		
	Associé à l'apparition de : <input type="checkbox"/> troubles de l'équilibre <input type="checkbox"/> céphalée intense <input type="checkbox"/> baisse de la vision		
Echelle Glasgow	E : Ouverture des yeux	V : Réponse verbale	M : Réponse motrice
	4 : Spontanée	5 : Précise, orientée	6 : Sur ordre
	3 : A la voix	4 : Confuse, désorientée	5 : Adaptée, localise la douleur
	2 : A la douleur	3 : Inappropriée	4 : Evitement à la douleur
	1 : Absente	2 : Sons incompréhensibles	3 : En flexion (décortication)
		1 : Absente	2 : En extension (décérébration)
		1 : Absente	
Constantes	Pouls : ____ TA bras D : ____ / ____ TA bras G : ____ / ____ Saturation oxygène : ____ % T° : ____ Glycémie (dextro) : ____ g / L		
	Glasgow : Niveau de dépendance :		