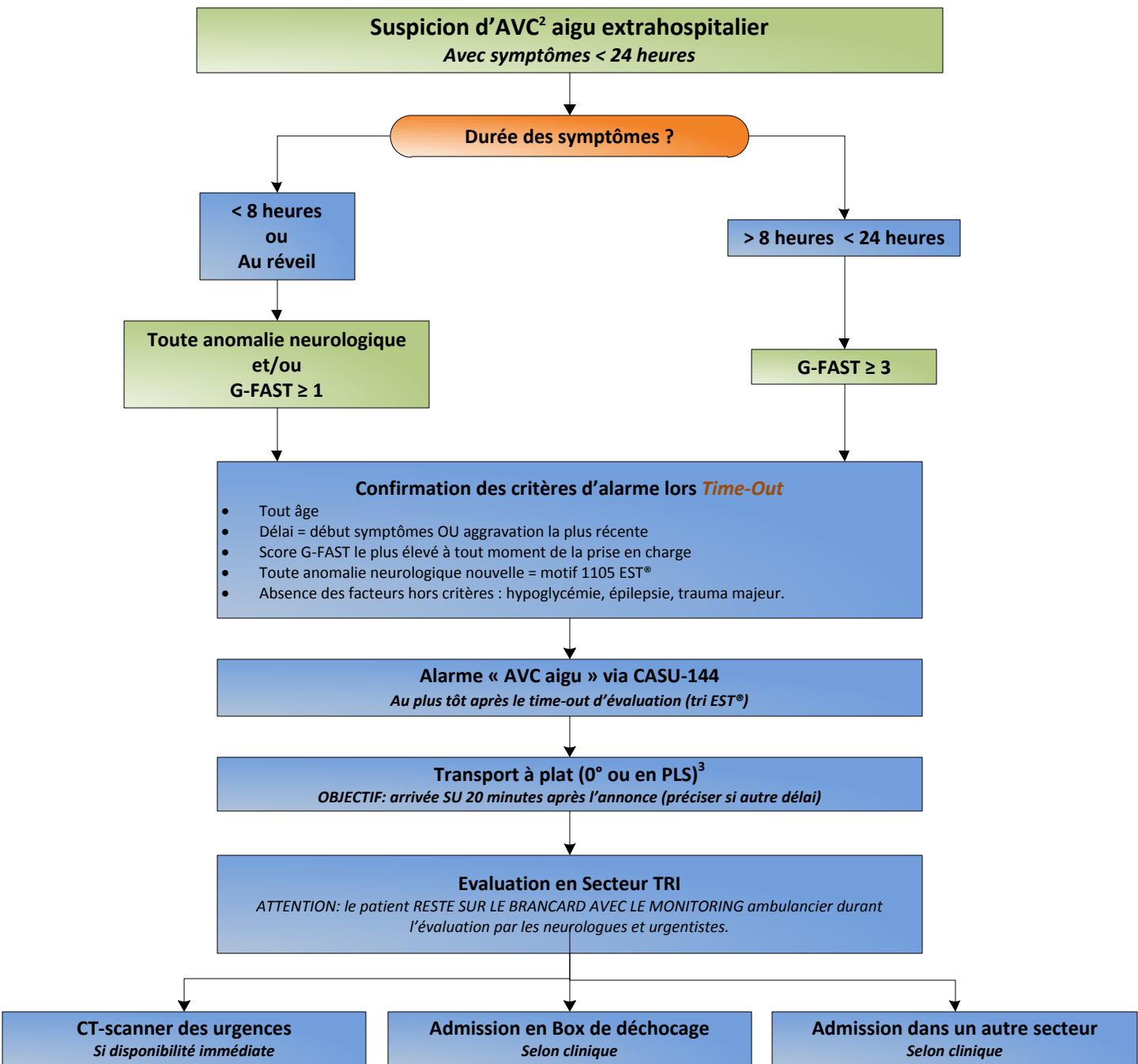


Déclenchement de l'alarme « AVC aigu » en préhospitalier :

En cas de suspicion d'Accident Vasculaire Cérébral aigu (<24h avec critères), l'ambulancier/-ère leader en charge¹ du patient peut déclencher une alarme « AVC aigu ». Cette alarme sert à aviser les intervenants intrahospitaliers adéquats de l'arrivée d'un patient pouvant bénéficier d'une prise en charge immédiate d'un AVC par traitement de lyse intraveineuse et/ou endovasculaire.

**AVC «hors critères» :**

Les suspicions d'AVC > 8 heures < 24 heures avec G-FAST < 3 sont annoncées en NACA 4 «suspicion d'AVC» (Degré 2) SANS alarme.
Toute atteinte suspecte d'AVC > 24 heures est annoncée en NACA 3 «AVC >24h» (Degré 3).

Notes

- 1: en cas d'intervention médicalisée, la décision est partagée avec le médecin selon les critères établis.
- 2: AIT = AVC jusqu'à l'orientation médicale réalisée au SU.
- 3: dès la phase de relevage terminée (durant cette phase, le maintien à 0° n'est pas impératif).

Motif EST® 1105

- Paralysie, parésie, paresthésie, troubles de l'équilibre, vertiges
- Aphasie, dysarthrie, amnésie
- Diplopie, amputation du champ visuel

Critères de médicalisation

Médicalisation en 1^{er} ou 2^{ème} échelon indiquée en cas de (plusieurs possibilités) :

- Troubles de l'état de conscience
- Compromission des voies aériennes supérieures
- Défaillance cardio-vasculaire (DRS, dyspnée)
- Insuffisance circulatoire ou état de choc
- TAHs >220/120 mmHg (prise par professionnel).

Complications associées

En présence de complications exigeant un traitement d'urgence, en principe pas d'alarme « AVC aigu ».

Une stabilisation au Secteur Déchocage est à privilégier.

Une TAHs >220/120mmHg n'est traitée qu'après évaluation médicale. Une anomalie isolée ne contre-indique pas l'alarme.

Contenu de l'alarme

L'ambulancier/-ère annonce par téléphone au 144 et transmet les points suivants :

- Problème principal = suspicion AVC avec critères pour
- Alarme « AVC aigu »
- D : Précisions sur le type d'atteinte et le délai des symptômes
- A-B-C : précisions si nécessaire
- Stabilité hémodynamique
- Délai d'arrivée au SU, en particulier si > 20'

Evaluation en Secteur TRI

En cas d'alarme « AVC aigu », le patient est évalué au Secteur TRI à son arrivée aux HUG par les médecins urgentiste et neurologue et l'infirmière des urgences. Il reste sur le brancard ambulancier et est monitoré par l'équipe pré-hospitalière jusqu'à la confirmation de la suite de prise en charge et la décision d'orientation.

NB: Patient(e) sous responsabilité ambulancière jusqu'à transfert sur plateau CT ou brancard SU/lit et changement du monitoring.

Actions ambulancières spécifiques

Si possible, 1 VVP 18G (non impérative)

Oxygène à titrer pour SpO2 cible 92-96%

Tension artérielle (TAH) de référence (tri EST®) = 1^{ère} mesure avec patient(e) couché(e) **dans** l'ambulance

Transport en décubitus dorsal ou latéral, à plat (0°) dès la phase de relevage terminée.

Documentation systématique prise d'antidiabétiques oraux, antiplaquettaires et/ou anticoagulants

Evaluation de l'autonomie du/de la patient(e), en particulier AVQ, marche à l'extérieur, conduite d'un véhicule

Suivi qualité et évaluation

Documentation précise pour observation de l'évolution du/de la patient(e) et suivi qualité efficace, réalisation **obligatoire et systématique du tri sur AppEST®**. Ce tri doit être réalisé **avant** l'admission au SU.

