

Liste de vérification APRÈS UN AVC



FONDATION^{MC}
DES MALADIES
DU CŒUR
ET DE L'AVC

RECOMMANDATIONS SUR
LES PRATIQUES OPTIMALES
DE L'AVC
AU CANADA

La liste de vérification après un AVC a été conçue par le Global Stroke Community Advisory Panel [2012], a été endossée par l'Organisation mondiale de l'AVC, adaptée par l'équipe de rédaction des Recommandations sur les pratiques optimales de l'AVC au Canada de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC [2014].

Nom du patient :

Date :

REPLI PAR : ☐ FOURNISSEUR DES SOINS DE SANTÉ ☐ PATIENT ☐ MEMBRE DE LA FAMILLE ☐ AUTRE

DEPUIS VOTRE AVC OU VOTRE DERNIÈRE ÉVALUATION

1 Prévention secondaire

Avez-vous reçu des conseils sur des modifications à apporter à votre mode de vie pour votre santé et sur la médication afin de prévenir le risque d'avoir un autre AVC?

NON ☐

Adressez le patient au principal fournisseur de soins pour une évaluation des facteurs de risque et un traitement s'il y a lieu, ou à un centre de prévention secondaire des AVC.

OUI ☐

Observez l'évolution

2 Activités de la vie quotidienne

Éprouvez-vous plus de difficultés à prendre soin de vous-même?

NON ☐

Observez l'évolution

OUI ☐

Avez-vous de la difficulté à :
☐ vous habiller, vous laver ou prendre un bain?
☐ préparer des boissons ou des repas chauds
☐ sortir à l'extérieur

Si la réponse est **OUI** à l'une des questions, adressez le patient à des services de soins à domicile, à un thérapeute approprié, à des services de prévention secondaire des AVC.

3 Mobilité

Éprouvez-vous plus de difficulté à marcher ou à vous déplacer en toute sécurité du lit à une chaise.

NON ☐

Observez l'évolution

OUI ☐

Continuez-vous à suivre des traitements de réadaptation?

☐ **Non.** Adressez le patient à des services de soins à domicile, à un thérapeute approprié, à des services de prévention secondaire des AVC.
☐ **Oui.** Mettez à jour le dossier du patient et réexaminez à la prochaine évaluation.

4 Spasticité

Ressentez-vous une raideur croissante dans les bras, les mains ou les jambes?

NON ☐

Observez l'évolution

OUI ☐

Est-ce qu'elle nuit à vos activités de la vie quotidienne?

☐ **Non.** Mettez à jour le dossier du patient et réexaminez à la prochaine évaluation.
☐ **Oui.** Adressez le patient à un centre de réadaptation, à un centre de prévention secondaire des AVC, à un professionnel.

5 Douleur

Avez-vous éprouvé une nouvelle douleur?

NON ☐

Observez l'évolution

OUI ☐

Adressez le patient à un médecin qui traite la douleur consécutive à un AVC pour une évaluation plus complète et un diagnostic.

6 Incontinence

Éprouvez-vous plus de difficultés à maîtriser votre vessie ou vos intestins?

NON ☐

Observez l'évolution

OUI ☐

Adressez le patient à un professionnel de la santé qui traite l'incontinence pour une évaluation plus complète.



7 Communication

Éprouvez-vous plus de difficultés à communiquer avec les autres?

NON ☐

Observez l'évolution

OUI ☐

Adressez le patient à un orthophoniste pour une évaluation plus complète ou à un centre de réadaptation, à un centre de prévention secondaire des AVC.

8 Humeur

Vous sentez-vous plus anxieux ou déprimé?

NON ☐

Observez l'évolution

OUI ☐

Adressez le patient à un clinicien de premier recours spécialisé dans les troubles de l'humeur consécutifs à un AVC (psychologue, neuropsychologue, psychiatre), à un centre de prévention secondaire des AVC.

9 Cognition

Éprouvez-vous plus de difficulté à réfléchir, à vous concentrer ou à vous rappeler certaines choses?

NON ☐

Observez l'évolution

OUI ☐

Est-ce qu'elle nuit à vos activités de la vie quotidienne?

☐ **Non.** Mettez à jour le dossier du patient et réexaminez à la prochaine évaluation.

☐ **Oui.** Adressez le patient à un clinicien de premier recours spécialisé dans les troubles cognitifs consécutifs à un AVC, à un centre de prévention secondaire des AVC, à un centre de réadaptation ou à une clinique de la mémoire.

10 La vie après un AVC

Trouvez-vous certaines choses importantes à vos yeux plus difficiles à faire (p. ex., loisirs, passe-temps, travail, ou encore les relations sexuelles, selon le cas)?

NON ☐

Observez l'évolution

OUI ☐

Adressez le patient à un organisme de soutien aux personnes touchées par un AVC (p. ex., groupes d'aide régionaux, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC et son programme La vie après un AVC, professionnel des loisirs.)

11 Relations avec la famille

Est-ce que les relations avec votre famille sont devenues plus difficiles ou tendues?

NON ☐

Observez l'évolution

OUI ☐

☐ Fixez le prochain rendez-vous en soins de premier recours avec le patient et un membre de la famille.

☐ Dans le cas où le membre de la famille est présent, adressez-les à un organisme de soutien aux personnes touchées par un AVC (local, provincial), fournisseur de soins de santé (psychologue, conseiller, thérapeute) spécialisé dans les relations familiales et l'AVC.

12 Fatigue

Ressentez-vous de la fatigue qui vous empêche de faire vos exercices et autres activités?

NON ☐

Observez l'évolution

OUI ☐

☐ Parlez de votre fatigue avec votre principal fournisseur de soins de santé.

☐ Adressez le patient à des services de soins à domicile afin de l'informer et de le conseiller.

13 Autres défis

Avez-vous d'autres défis ou des préoccupations associés à votre AVC qui ralentissent votre rétablissement ou vous font beaucoup souffrir?

NON ☐

Observez l'évolution

OUI ☐

☐ Fixez le prochain rendez-vous en soins de premiers recours avec le patient et un membre de la famille afin de discuter des défis et des préoccupations.

☐ Adressez le patient à un fournisseur de soins de santé, à un organisme de soutien aux personnes touchées par l'AVC (groupe de soutien local ou provincial, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.)