

Cette liste de contrôle post-AVC a été conçue pour aider les prestataires de soins à reconnaître les troubles consécutifs à un AVC susceptibles d'être traités ou nécessitant une consultation spécialisée. Il s'agit d'un outil succinct et facile d'utilisation, conçu pour être rempli avec le patient et l'aidant, au besoin. L'emploi de la liste de contrôle post-AVC procure une approche standardisée qui permet de reconnaître les problèmes à long terme des survivants d'AVC et d'adresser les patients vers des traitements adéquats.

DIRECTIVES :

Veuillez poser au patient chaque question numérotée et inscrire la réponse dans la case prévue à cet effet. En général, si la réponse est « **NON** », il convient de mettre à jour le dossier du patient et d'observer son évolution. Si la réponse est « **OUI** », veuillez donner suite en appliquant les mesures adéquates. Notez que les mesures décrites dans la présente version sont à but indicatif et que les champs « **Si Oui** » et « **Si Non** » (accentués en jaune) peuvent et devraient être révisés pour la mise en pratique locale.

1. PRÉVENTION SECONDAIRE

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, 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**

Si la réponse est NON, adressez le patient à un médecin de premier recours 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 (AVQ)

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous plus de difficultés à prendre soin de vous-même ?

☐ **NON**

Observez l'évolution

☐ **OUI**

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

Si la réponse est OUI à l'une des questions, adressez le patient à une équipe ou à un programme de soins post-AVC en milieu communautaire, à un centre de prévention secondaire des AVC, à un centre de réadaptation ou à un thérapeute approprié (c.-à-d. un ergothérapeute ou un physiothérapeute) pour une évaluation plus complète.

3. MOBILITÉ

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, 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 ?

Si la réponse est NON, adressez le patient à une équipe ou à un programme de soins post-AVC en milieu communautaire, à un centre de prévention secondaire des AVC, à un centre de réadaptation ou à un thérapeute approprié (c.-à-d. un ergothérapeute ou un physiothérapeute) pour une évaluation plus complète.

Si la réponse est OUI, mettez à jour le dossier du patient et revoyez à la prochaine évaluation.

4. SPASTICITÉ

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, 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 ?

Si la réponse est NON, mettez à jour le dossier du patient et revoyez à la prochaine évaluation.

Si la réponse est OUI, adressez le patient à un centre de réadaptation, à un centre de prévention secondaire des AVC, à un programme de soins post-AVC en milieu communautaire, à un ergothérapeute ou à un physiothérapeute, à un physiatre ou à un neurologue qui traite la spasticité consécutive à un AVC pour une évaluation plus complète.

5. DOULEUR

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, avez-vous éprouvé une nouvelle douleur ?

☐ NON →

Observez l'évolution

☐ OUI →

Si la réponse est 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

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous plus de difficultés à maîtriser votre vessie ou vos intestins ?

☐ NON →

Observez l'évolution

☐ OUI →

Si la réponse est OUI, adressez le patient à un professionnel de la santé qui traite l'incontinence (urologue, neurologue, psychiatre, centre de prévention secondaire des AVC, programme de soins post-AVC en milieu communautaire) pour une évaluation plus complète.

7. COMMUNICATION

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous plus de difficultés à communiquer avec les autres ?

☐ NON →

Observez l'évolution

☐ OUI →

Si la réponse est 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 ou à un programme de soins post-AVC en milieu communautaire pour une évaluation plus complète.

8. HUMEUR

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, vous sentez-vous plus anxieux ou déprimé ?

☐ NON →

Observez l'évolution

☐ OUI →

Si la réponse est OUI, adressez le patient à un clinicien de premier recours spécialisé dans les troubles de l'humeur consécutifs à un AVC, à un psychologue, à un psychiatre, à un centre de prévention secondaire des AVC ou à un programme de soins post-AVC en milieu communautaire.

9. COGNITION

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous plus de difficulté à réfléchir, à vous concentrer ou à vous rappeler certaines choses ?

☐ NON →

Observez l'évolution

☐ OUI →

Est-ce que cela nuit à vos activités de la vie quotidienne ?

Si la réponse est NON, mettez à jour le dossier du patient et revoyez à la prochaine évaluation.

Si la réponse est OUI, adressez le patient à un clinicien de premier recours spécialisé dans les troubles cognitifs consécutifs à un AVC (dans un centre de prévention secondaire des AVC, une clinique de la mémoire, un centre de réadaptation ou un programme de soins post-AVC en milieu communautaire) pour une évaluation plus complète.

10. LA VIE APRÈS UN AVC

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, trouvez-vous certaines choses importantes à vos yeux plus difficiles à faire (p. ex., loisirs, passe-temps, travail, ou encore les relations avec les proches, selon le cas) ?

☐ NON →

Observez l'évolution

☐ OUI →

Si la réponse est 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 du Canada, Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC).

11. RELATIONS AVEC LA FAMILLE

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, est-ce que les relations avec votre famille sont devenues plus difficiles ou tendues ?

☐ NON →

Observez l'évolution

☐ OUI →

Si la réponse est 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 (p. ex., la Fondation des maladies du cœur du Canada) ou un psychologue.