

ANNEXES A LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES : PREVENTION, PRISE EN CHARGE INITIALE ET SUIVI A DISTANCE D'UN AVC

Extrait du référentiel HAS :

Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse) - mai 2009

MESSAGES CLÉS

- L'AVC est une urgence absolue
- Tout déficit neurologique brutal transitoire ou prolongé impose l'appel immédiat du Samu Centre 15
- Le médecin régulateur doit proposer en priorité tout patient ayant des signes évocateurs d'un AVC à une UNV
- Les patients ayant des signes évocateurs d'un AVC doivent avoir très rapidement une imagerie cérébrale, autant que possible par IRM
- Après avis neuro-vasculaire et si elle est indiquée, la thrombolyse doit être effectuée le plus tôt possible

PHASE D'ALERTE :

Population	Mode d'information	Messages-clés
Grand public	Campagnes d'information	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconnaissance des signes faisant évoquer un AVC ou un AIT (message FAST) ● Urgence de la situation ● Appel du Samu Centre 15 ● Existence d'une prise en charge et de traitements d'autant plus efficaces que précoces
Patient à risque vasculaire (antécédent d'AVC, d'infarctus du myocarde, artériopathie des membres inférieurs, HTA, diabète...) et son entourage	Message transmis par le médecin traitant	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Idem</i> en insistant sur l'appel immédiat au Samu Centre 15 en premier lieu

FAST : Face Arm Speech Time (message dérivé de l'échelle préhospitalière de Cincinnati) : perte de force ou engourdissement au visage, perte de force ou engourdissement au membre supérieur, trouble de la parole : appeler le service de prise en charge en urgence si l'un de ces 3 symptômes est survenu de façon brutale ou est associé à l'apparition brutale de troubles de l'équilibre, ou de céphalée intense, ou d'une baisse de vision

SENSIBILISATION ET FORMATION DE L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AYANT UN AVC :

Population	Mode d'information	Messages-clés
Permanenciers auxiliaires de régulation médicale des Samu Centre 15 Standardistes des centres de réception des appels médicaux Pompiers Ambulanciers Secouristes	Formation spécifique et continue	<ul style="list-style-type: none"> ● Identification des patients ayant des signes évocateurs d'un AVC en utilisant les 5 signes d'alerte de l'ASA
		<ul style="list-style-type: none"> ● Identification et prise en charge de l'AVC à la phase aiguë en utilisant le message FAST

Professionnels médicaux et paramédicaux - de la filière d'urgence - prenant en charge des patients à risque vasculaire		<ul style="list-style-type: none"> ● Considérer tout déficit neurologique brutal, transitoire ou prolongé comme une urgence absolue <ul style="list-style-type: none"> ● Noter l'heure exacte de survenue des symptômes ● Connaître l'efficacité de la prise en charge en UNV et les traitements spécifiques de l'AVC ● Savoir que l'AIT est une urgence et justifie une prise en charge neurovasculaire immédiate
--	--	---

ASA : American Stroke Association ; FAST : Face Arm Speech Time (message dérivé de l'échelle préhospitalière de Cincinnati) ; les 5 signes d'alerte de l'ASA sont la survenue brutale : d'une faiblesse ou d'un engourdissement soudain uni ou bilatéral de la face, du bras ou de la jambe ; d'une diminution ou d'une perte de vision uni ou bilatérale ; d'une difficulté de langage ou de la compréhension ; d'un mal de tête sévère, soudain et inhabituel, sans cause apparente ; d'une perte de l'équilibre, d'une instabilité de la marche ou de chutes inexplicables, en particulier en association avec l'un des symptômes précédents.

PHASE HOSPITALIÈRE INITIALE :

Accueil hospitalier :

La filière intrahospitalière neuro-vasculaire doit être organisée au préalable et coordonnée avec tous les acteurs impliqués (urgentistes, neurologues, radiologues, biologistes, réanimateurs, etc.) et formalisée avec des procédures écrites. Elle doit privilégier la rapidité d'accès à l'expertise neuro-vasculaire et à l'imagerie cérébrale en organisant au mieux les aspects structurels et fonctionnels

- Les patients adressés vers un établissement disposant d'une UNV doivent être pris en charge dès leur arrivée par un médecin de la filière neuro-vasculaire
- Les établissements recevant des AVC et ne disposant pas d'UNV doivent structurer une filière de prise en charge des patients suspects d'AVC en coordination avec une UNV
- Un électrocardiogramme et des prélèvements biologiques standards comprenant une hémostase, un hémogramme et une glycémie capillaire sont réalisés en urgence s'ils n'ont pas été faits en préhospitalier
- Un monitoring de la pression artérielle, du rythme cardiaque et de la saturation en oxygène, et une surveillance de la température sont réalisés

Imagerie cérébrale et vasculaire

- Les patients suspects d'AVC aigu doivent avoir un accès prioritaire 24 h/24 et 7 j/7 à l'imagerie cérébrale, en privilégiant autant que possible l'IRM. Des protocoles de prise en charge des patients suspects d'AVC aigu doivent être formalisés et contractualisés entre le service accueillant ces patients et le service de radiologie
- Une exploration des artères cervicales doit être réalisée précocement devant tout accident ischémique cérébral. Elle est urgente en cas d'AIT, d'infarctus mineur, d'accident ischémique fluctuant ou évolutif

Indications de la thrombolyse

- Dans les établissements disposant d'une UNV, la thrombolyse IV est prescrite par un neurologue (AMM) et/ou un médecin titulaire d'un DIU de pathologie neuro-vasculaire (hors AMM). Le patient doit être surveillé au sein de l'unité neuro-vasculaire
- Dans les établissements ne disposant pas d'une UNV, l'indication de la thrombolyse doit être portée avec téléconsultation par télé-médecine du médecin neuro-vasculaire de l'UNV où le patient sera transféré après thrombolyse (hors AMM)
- La thrombolyse intraveineuse par rt-PA des infarctus cérébraux est recommandée jusqu'à 4 heures 30 après l'apparition des premiers symptômes d'infarctus cérébral (hors AMM). Elle doit être effectuée le plus précocement possible (grade A).

CONTRE-INDICATIONS DE L'ALTEPLASE RETENUES DANS L'AMM DE L'ACTILYSE® :

« Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.

Comme tous les agents thrombolytiques, ACTILYSE® est contre-indiqué dans tous les cas associés à un risque hémorragique élevé :

- trouble hémorragique significatif actuel ou au cours des 6 derniers mois
- diathèse hémorragique connue
- traitement concomitant par des anticoagulants oraux (par exemple warfarine)
- hémorragie sévère ou potentiellement dangereuse, manifeste ou récente
- antécédents ou suspicion d'hémorragie intracrânienne
- suspicion d'hémorragie sous-arachnoïdienne ou antécédents d'hémorragie sous-arachnoïdienne liée à un anévrisme
- antécédents de lésion sévère du système nerveux central (par exemple néoplasie, anévrisme, intervention chirurgicale intracérébrale ou intrarachidienne)
- massage cardiaque externe traumatique récent (moins de 10 jours), accouchement, ponction récente d'un vaisseau non accessible à la compression (par exemple, ponction de la veine sous-clavière ou jugulaire)
- hypertension artérielle sévère non contrôlée
- endocardite bactérienne, péricardite
- pancréatite aiguë
- ulcères gastro-intestinaux documentés au cours des 3 derniers mois, varices œsophagiennes, anévrisme artériel, malformations artérielles ou veineuses
- néoplasie majorant le risque hémorragique
- hépatopathie sévère, y compris insuffisance hépatique, cirrhose, hypertension portale (varices œsophagiennes) et hépatite évolutive
- intervention chirurgicale ou traumatismes importants au cours des 3 derniers mois.

Dans l'indication d'accident vasculaire cérébral ischémique à la phase aiguë, les contre-indications complémentaires sont :

- symptômes d'accident vasculaire cérébral ischémique apparus plus de 3 heures avant l'initiation du traitement ou dont l'heure d'apparition est inconnue
- déficit neurologique mineur ou symptômes s'améliorant rapidement avant l'initiation du traitement
- accident vasculaire cérébral jugé sévère cliniquement (par exemple NIHSS > 25) et/ou par imagerie
- crise convulsive au début de l'accident vasculaire cérébral
- signes d'hémorragie intracrânienne (HIC) au scanner
- symptômes suggérant une hémorragie sous-arachnoïdienne, même en l'absence d'anomalie au scanner
- administration d'héparine au cours des 48 heures précédentes avec un temps de thromboplastine dépassant la limite supérieure de la normale
- patient diabétique présentant des antécédents d'accident vasculaire cérébral
- antécédent d'accident vasculaire cérébral au cours des 3 derniers mois
- plaquettes inférieures à 100 000/mm³
- pression artérielle systolique > 185 mmHg ou pression artérielle diastolique > 110 mmHg, ou traitement d'attaque (par voie intraveineuse) nécessaire pour réduire la pression artérielle à ces valeurs seuils
- glycémie inférieure à 50 ou supérieure à 400 mg/dl.

Utilisation chez l'enfant, l'adolescent et le patient âgé

ACTILYSE® n'est pas indiqué pour le traitement de l'accident vasculaire cérébral à la phase aiguë chez les patients de moins de 18 ans ou de plus de 80 ans. »*

- La plupart des patients inclus dans les essais contrôlés randomisés étaient âgés de 18 à 80 ans.

ECHELLE NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)

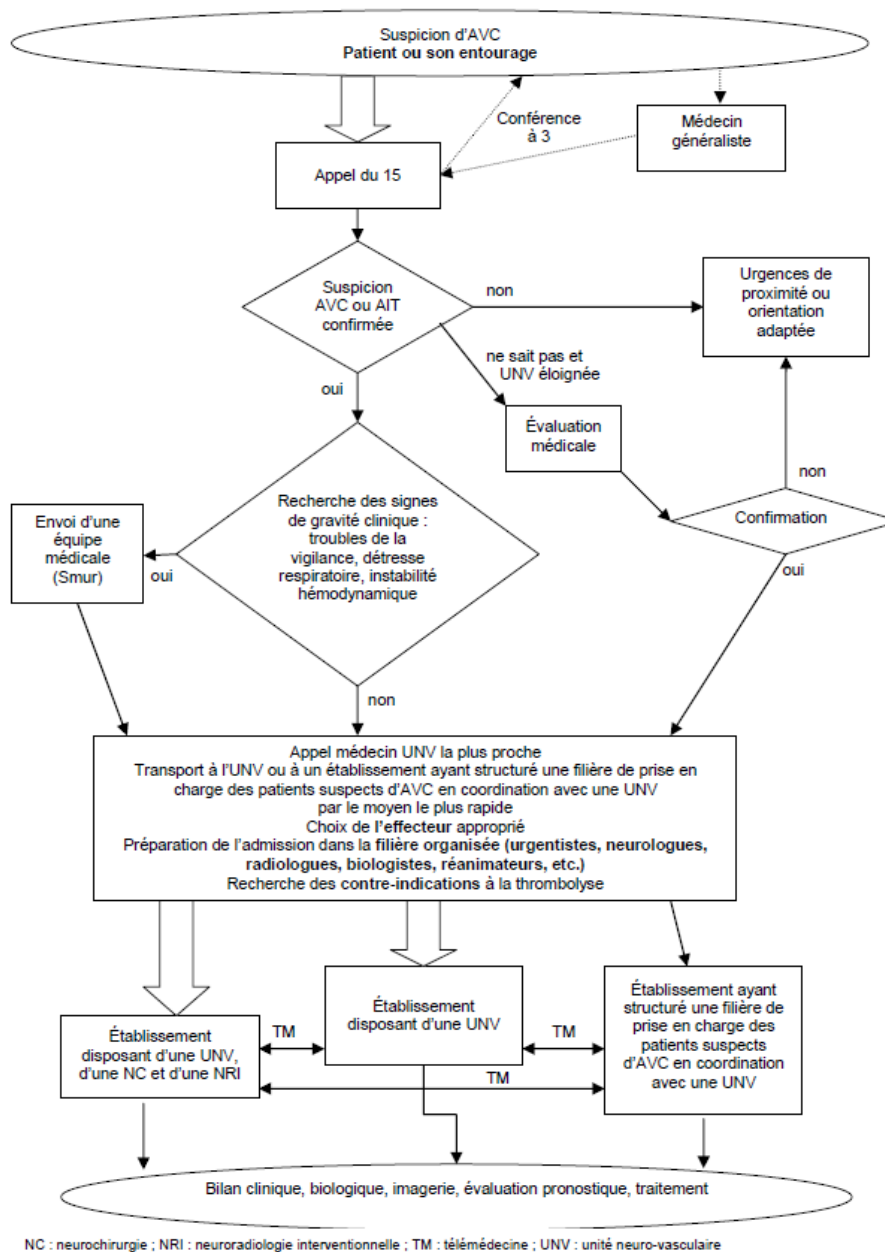
Pr Niclot : Score NIHSS Fiche technique n°11

La Lettre du Neurologue - n° 3 - vol. III - juin 1999

http://www.errarehumanumest.fr/cariboost_files/score_nihss.pdf

Sensibilité	Commentaires
<p>0 normal, pas de déficit sensitif</p> <p>1 hypoesthésie minime à modérée : le patient sent que la piqûre est moins nette ou atténuée du côté atteint ; ou bien il n'y a pas de sensation douloureuse à la piqûre, mais le patient est conscient d'être touché.</p> <p>2 hypoesthésie sévère ou anesthésie : le patient n'est pas conscient d'être touché sur la face, le bras et la jambe</p>	<p>Sensibilité ou grimace à la piqûre quand elle est testée ; réaction de retrait après stimulation nociceptive chez le patient obnubilé ou aphasique. Seule la perte de sensibilité attribuable à l'accident est cotée comme anormale, et l'examineur doit tester autant d'aires corporelles (bras – à l'exclusion des mains –, jambes, tronc, face) qu'il est nécessaire pour mettre en évidence une hémihypoesthésie. Un score de 2 "sévère ou total" doit être donné seulement si une perte majeure ou totale de la sensibilité est clairement mise en évidence. Les patients stuporeux et aphasiques auront donc le plus souvent un score de 0 ou 1. Le patient ayant un accident du tronc cérébral, qui a une perte bilatérale de sensation, est coté à 2. Si le patient ne répond pas et s'il est quadriplégique, le score est de 2. Les patients comateux (item 1a = 3) ont un score de 2.</p>
Le langage	Commentaires
<p>0 pas d'aphasie, langage normal</p> <p>1 aphasie minime à modérée : perte de fluence ou difficulté de compréhension, sans limitation des idées exprimées ni de la forme de l'expression. La réduction du discours ou de la compréhension rend cependant la conversation, à partir de thèmes imposés par l'examineur, difficile voire impossible. L'examineur peut identifier des images à partir des réponses du patient.</p> <p>2 aphasie sévère : l'expression est fragmentaire. Des interférences, des questions et des déductions sont sans cesse nécessaires de la part de l'examineur. L'étendue des informations échangées est limitée ; l'examineur supporte tout le poids de la conversation. Il ne peut identifier les objets dénommés à partir des réponses du patient.</p> <p>3 mutique, aphasie globale : pas de langage utile ni de compréhension du langage oral</p>	<p>Beaucoup d'informations sont obtenues sur la compréhension durant les épreuves précédentes. Le patient décrit les événements se produisant sur la figure ci-jointe, dénomme les items sur la page suivante et doit lire quelques phrases. La compréhension est jugée aussi bien d'après les réponses que d'après l'exécution des tests précédents de l'échelle. Si une perte visuelle interfère avec les tests, demander au patient d'identifier des objets placés dans la main, de répéter et de produire un discours. Demander au patient intubé d'écrire. Le patient dans le coma (item 1a = 3) a un score de 3. L'examineur doit choisir un score si le patient est stuporeux ou s'il a une coopération limitée, mais le score de 3 est réservé aux patients mutiques n'exécutant aucun ordre simple.</p>
Dysarthrie	Commentaires
<p>0 normal</p> <p>1 minime à modérée : le patient bute sur certains mots et, au pire, est compris avec quelques difficultés</p> <p>2 sévère : le discours est si perturbé qu'il est incompréhensible, sans proportion avec une éventuelle aphasie ou en l'absence de celle-ci ; ou bien le patient est mutique-anarthrique</p> <p>9 patient intubé ou autre barrière physique, explication</p>	<p>Si le patient semble normal quant à cet item, un échantillon de langage adéquat doit être obtenu en lui demandant de répéter les mots d'une liste. Si le patient a une aphasie sévère, la précision de l'articulation du langage spontané peut être évaluée. Le score 9 n'est appliqué que si le patient est intubé ou s'il existe une autre barrière physique à la production du langage, l'examineur devant fournir une explication écrite de ce score. Ne pas dire au patient qu'il est en train d'être testé.</p>
Extinction et négligence	Commentaires
<p>0 pas d'anomalie</p> <p>1 négligence ou extinction visuelle, tactile, auditive, ou personnelle aux stimulations bilatérales simultanées dans l'une des modalités sensorielles</p> <p>2 hémignégligence sévère ou extinction dans plusieurs modalités sensorielles. Ne reconnaît pas sa propre main ou s'oriente vers un seul héli-espace</p>	<p>Une information suffisante pour identifier la négligence peut être obtenue durant les tests précédents. Si le patient a une perte visuelle sévère empêchant la stimulation simultanée des deux hémichamps visuels, et si les stimulus cutanés sont normaux, le score est normal. Si le patient est aphasique, mais est attentif de manière égale aux deux côtés, le score est normal. La présence d'une négligence visuo-spatiale ou d'une anosognosie peut aussi être considérée comme anormale. Comme l'anomalie n'est scabée que si elle est présente, l'item n'est jamais instestable.</p>

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE PRECOCE DES PATIENTS AYANT UN AVC :



SUIVI A UN AN : Tous les patients doivent pouvoir bénéficier, après la phase aiguë, d'une rééducation adaptée à leurs besoins.

- Les patients présentant un déficit de gravité moyenne doivent bénéficier d'une filière organisée : prise en charge en établissement de soins de suite et réadaptation (SSR). La persistance de déficits à la sortie du SSR peut nécessiter la poursuite de la rééducation.

- Les patients présentant un faible déficit (AVC léger) ne nécessitent pas une prise en charge en SSR, et peuvent rentrer directement au domicile éventuellement dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD). La rééducation doit être poursuivie en fonction des besoins pour que le patient continue de récupérer. Son arrêt peut entraîner l'aggravation de l'état du patient.

Les troubles de l'humeur, la dépression et la tristesse sont des séquelles fréquentes et méconnues de l'AVC. Ces troubles influencent la récupération fonctionnelle cruciale pour l'avenir du patient. Ils doivent être recherchés chez tous les patients sans oublier ceux présentant peu voire pas de séquelles.

Au cours du suivi après un AVC, les facteurs de risque cardiovasculaire sont évalués et traités (tabagisme, hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé, obésité, régime alimentaire déséquilibré, exercice physique insuffisant au regard des capacités du patient).

Une consultation la première année chez un neurologue permet d'assurer un suivi de l'évolution de la pathologie et de dépister les complications tardives, comme les troubles cognitifs.

Une rééducation adaptée prolongée permet de limiter le handicap résiduel.

Adopter un régime alimentaire équilibré, pauvre en sel, suivre des recommandations médicales et son traitement permet de limiter les risques de récurrence.

En cas de suspicion de récurrence d'AVC, un seul réflexe : appelez immédiatement le centre 15 (SAMU)

FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE:

- Antécédents familiaux de maladie coronaire précoce
- *Infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1er degré de sexe masculin,*
- *infarctus du myocarde ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1er degré de sexe féminin*
- Antécédents familiaux d'AVC constitué avant 45 ans
- Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans
- Hypertension artérielle permanente traitée ou non
- HDL-cholestérol < 0,40 g/l (1,0 mmol/l) quel que soit le sexe
- Microalbuminurie (>30 mg/24 heures)
- Age (♂ > 50 ans et ♀ > 60 ans)
- Diabète (diabète traité ou non traité)

FACTEUR PROTECTEUR :

HDL-cholestérol \geq 0,60 g/l (1,5 mmol/l) : soustraire alors "un risque" au score de niveau de risque

Les objectifs du traitement doivent être individualisés pour chaque malade Les objectifs "idéaux" déclinés, **en particulier** ceux concernant le **contrôle glycémique**, déclinés ci-dessus seront à moduler en fonction :

- de l'âge physiologique de chaque sujet
- de l'ancienneté du diabète,
- des comorbidités,
- de l'adhésion au traitement et du degré de participation du patient dans la prise en charge globale de sa maladie.
- à réserver aux patients dont l'espérance de vie justifie une prévention des complications de micro et macroangiopathie.

Autres paramètres à prendre en compte :

- Obésité abdominale (périmètre abdominal > 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme) ou obésité (IMC \geq 30 kg/m²)
- Sédentarité (absence d'activité physique régulière)
- Consommation excessive d'alcool (plus de 3 verres de vin/j chez l'homme et 2 verres/j chez la femme)

PREVENTION CARDIOVASCULAIRE SECONDAIRE ET PREVENTION PRIMAIRE CHEZ LES PATIENTS A HAUT RISQUE CARDIOVASCULAIRE (RECOMMANDATIONS HAS NOVEMBRE 2006 TOUJOURS EN VIGUEUR)

Il est recommandé d'introduire, quel que soit le niveau du LDL-cholestérol, une statine ayant démontré une efficacité sur la réduction du risque de complications ischémiques (atorvastatine, simvastatine).

L'administration de faibles doses d'aspirine (75 mg à 300 mg) est recommandée chez le diabétique à haut risque cardio-vasculaire en prévention primaire en association au traitement hypolipémiant.

Situations de prévention cardiovasculaire secondaire ou de risque cardiovasculaire équivalent à une prévention secondaire

Patient avec antécédents cardiovasculaires :

€ De maladie coronaire avérée (angor stable et instable, revascularisation, IDM, IDM silencieux documenté) ou

€ De maladie vasculaire avérée (accident vasculaire cérébral ischémique, AOMI stade II ou supérieur)

Patient sans antécédents cardiovasculaires mais à haut risque cardiovasculaire défini par :

€ Soit une atteinte rénale, elle-même définie par une albuminurie > 300 mg/24 h ou par un débit de filtration glomérulaire estimé par la formule de Cockcroft- Gault < à 60 ml/min

€ Soit un diabète évoluant depuis plus de 10 ans et au moins deux des facteurs de risque suivants :

- Antécédents familiaux de maladie coronaire précoce (IDM ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1er degré de sexe masculin ; ou IDM ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1er degré de sexe féminin)
- Antécédents familiaux d'AVC constitué avant 45 ans
- Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans
- HTA permanente traitée ou non
- HDL-cholestérol < 0,40 g/l (1,0 mmol/l) quel que soit le sexe
- Microalbuminurie (> 30 mg/24 h)
- Age (homme de 50 ans et plus ; femme de 60 ans et plus)

L'équivalent prévention secondaire concerne aussi les patients ayant un risque >20% de faire un événement coronarien dans les 10 ans (risque calculé à partir d'une équation de risque)

Ces 2 derniers typologies de patients répondent aux mêmes objectifs qu'en prévention secondaire soit : l'objectif de LDL-cholestérol = 1g/l.

NOUVELLES REFERENCES PROFESSIONNELLES 2010 – 2014 :

Des indicateurs de pratique clinique partagés et consensuels élaborés par l'ensemble des professions intervenant dans la prise en charge des AVC permettent d'améliorer et de suivre l'évolution des pratiques en se basant sur les éléments essentiels de la prise en charge hospitalière :

En SSR ou HAD

- le projet de soins et le projet de vie ont-ils été adaptés aux déficiences cognitives, à l'activité et la participation du patient ?
- le patient et / ou son entourage sont-ils formés au suivi du traitement ?

A court terme

- le patient et / ou son entourage ont-ils reçu une information pour l'identification des récurrences et l'appel au 15 (SAMU) ?
- la tension artérielle est-elle mesurée ?
- l'adhésion et la tolérance au traitement du patient sont-elles évaluées ?
- l'exposition du patient au tabac est-elle suivie ?

A moyen terme

- un bilan lipidique et glucidique a-t-il été réalisé ?
- le suivi d'une alimentation équilibrée et pauvre en sel a-t-il été évalué ?
- le poids et/ ou le périmètre abdominal ont-ils été suivis ?

A 1 an

- le patient avec infarctus cérébral a-t-il un traitement par aspirine ? par statine ?
- le patient a-t-il bénéficié d'une consultation avec un neurologue ?
- le médecin traitant a-t-il adressé un courrier au neurologue ?
- la qualité de vie et le handicap sont-ils évalués ?

**EXTRAIT DE : Service Programmes pilotes –
Améliorer les pratiques Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (dont HAS)
INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE AVC JUIN 2010**

**Sur les 41 indicateurs publiés,
les 27 premiers concernent la prise en charge initiale :**

1. Taux d'appel au 15 pour toute suspicion d'AVC
2. Délai survenue des symptômes – 1er contact médical dédié pour toute suspicion d'AVC
3. Délai 1er contact médical dédié/admission – imagerie pour toute suspicion d'AVC
4. Taux de contact médecin SAMU / SAU avec le médecin UNV pour toute suspicion d'AVC
5. Taux de réalisation du score NIHSS pour toute suspicion d'AVC
6. Taux de réalisation de l'IRM pour toute suspicion d'AVC
7. Taux d'examen d'imagerie interprété immédiatement et compte rendu écrit du radiologue pour toute suspicion d'AVC
8. Taux AVC*/AIT confirmés orientés en UNV
9. Délai 1er contact médical dédié/admission – évaluation neuro-vasculaire pour les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1er contact médical dédié avec Infarctus Cérébral confirmé
10. Taux thrombolyse parmi les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1er contact médical dédié et avec un infarctus cérébral confirmé
11. Implication dans une filière avec mise en œuvre de protocoles communs et validés au sein de la filière de tout service prenant en charge les suspicions d'AVC et/ou les AVC confirmés
12. Taux de prescription appropriée d'aspirine
13. Taux d'évaluation, de bilan diagnostique et de prise en charge en rééducation/réadaptation
14. Délai de consultation pour évaluation, bilan diagnostique et prise en charge en rééducation/réadaptation
15. Taux d'explorations fonctionnelles complémentaires dans les 7 jours pour tout AVC
16. Taux de recherche des troubles cognitifs
17. Taux de pneumopathie d'inhalation (alerte clinique)
18. Taux de prescriptions d'héparine à dose efficace à la phase aiguë (alerte iatrogénique)
19. Délai d'exploration des vaisseaux du cou pour les AIT de moins de 48h
20. Taux de projets de soins établis en concertation par l'équipe, patient, entourage
21. Taux de proposition d'orientation par évaluation médicale du pronostic et des besoins
22. Taux de patients orientés selon la proposition d'orientation optimale
23. Délai entre la décision d'orientation et le transfert
24. Taux de projets de vie établis avec expertise du lieu de vie si sortie directe au domicile
25. Taux de contacts établis entre l'établissement de santé et les professionnels libéraux si sortie directe au domicile
26. Taux de traitement approprié y compris des facteurs de risque
27. Taux de courrier de sortie précisant les coordonnées du référent de la filière

les 14 derniers concernent le suivi post-AVC :

28. Taux de formation en SSR ou HAD patient et entourage au suivi du traitement
29. Taux de projet de soins et de projet de vie adaptés aux déficiences dont les fonctions cognitives, de l'activité, de la participation
30. Taux d'information pour l'identification des récurrences et le recours au 15
31. Taux de mesure de la pression artérielle
32. Taux d'évaluation de l'adhésion et de la tolérance du traitement en suivi post AVC
33. Taux de suivi de l'exposition au tabac
34. Taux de réalisation d'un bilan lipidique et glucidique
35. Taux de suivi d'une alimentation équilibrée et pauvre en sel
36. Taux de suivi du poids - périmètre abdominal
37. Taux de traitement approprié par aspirine à un an
38. Taux de traitement approprié par statines à un an
39. Taux de consultation avec un neurologue la 1ère année post AVC
40. Taux de correspondance médecin traitant - neurologue
41. Taux d'évaluation de la qualité de vie et du handicap