

## COLLECTE DE DONNÉES DUQUE CONCERNANT L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL AIGU

### Définitions

#### Accident vasculaire cérébral aigu

L'accident vasculaire cérébral se définit par des signes cliniques à développement rapide d'un dysfonctionnement focalisé (ou global) des fonctions cérébrales d'une durée supérieure à 24 heures (sauf dans les cas de mort subite ou si le développement des symptômes est interrompu par une intervention chirurgicale), sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire : ceci inclut les patients présentant des signes cliniques et symptômes suggérant une hémorragie subarachnoïde, une hémorragie intracérébrale ou une nécrose ischémique cérébrale. Les signes cliniques globaux sont acceptés seulement dans les cas d'hémorragie subarachnoïde ou chez les patients en état de coma profond. Les lésions cérébrales détectées par tomodensitométrie mais non accompagnées de signes focaux aigus ne sont pas acceptées comme accident vasculaire cérébral et les hémorragies extradurales et sous-durales ne sont pas acceptées non plus. Cette définition n'inclut pas les AIT, les accidents ischémiques transitoires ou les événements vasculaires liés à une maladie du sang (p. ex. leucémie, maladie de Vaquez), une tumeur cérébrale ou des métastases cérébrales (critères de l'OMS).

### Critères diagnostiques

Patients de 18 ans et plus, ayant un code diagnostique principal d'accident vasculaire cérébral aigu ischémique ou de nature non spécifiée : CIM 9 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433,91, 434.01, 434,11 et 433.91 ou CIM 10 I63 et I64

### Identification de dossiers médicaux de patients pour inclusion dans l'étude DUQuE

Veillez suivre attentivement le guide ci-dessous pour garantir l'inclusion consécutive de 30 patients atteints d'accident vasculaire cérébral ischémique aigu conformément aux critères d'inclusion et d'exclusion spécifiés et la solidité scientifique globale de l'étude DUQuE. Merci !

### Condition préalable

Suivez le tableau ci-dessous pour identifier tous les patients de 18 ans ou plus qui sont sortis de l'établissement de santé avec un diagnostic principal de CIM-9 434 (accident vasculaire cérébral ischémique) ou un AVC de nature non spécifiée. Passez en revue les dossiers patient et répondez aux questions. Continuez jusqu'à atteindre 30 dossiers analysés. Veuillez vous reporter au guide de remplissage pour plus d'information sur l'échantillonnage patient.

Le patient a un diagnostic d'accident vasculaire cérébral ischémique ou d'AVC de nature non spécifiée  
CIM 9 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433,91, 434.01,

Non →

Le patient est exclu

↓  
OUI

Le patient a 18 ans ou plus

Non →

Le patient est exclu

↓  
OUI

Le patient a été transféré d'un autre établissement de santé pour traitement suite au diagnostic initial

Oui →

Le patient est exclu

↓  
NON

Le patient est inclus pour l'examen du dossier médical  
(N=30)

Passez en revue la prise en charge médicale du patient et répondez à toutes les questions suivantes  
Répétez cette procédure jusqu'à ce que vous ayez inclus 30 patients en tout.

FEUILLE COLLECTE DE DONNÉES DUQUE CONCERNANT L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL						
Numéro de champ	Type d'information	Catégories de réponse	Définition et remarques	Informations utiles	Les informations des lignes 4 à 46 doivent être fournies une seule fois pour chaque établissement de santé	
<b>L01 INFORMATION SUR LE PAYS ET L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ</b>						
L0101	Pays	Pays : veuillez indiquer le pays ci-dessous			Entrez un chiffre de 0 à 7	
		1	République tchèque			
		2	Angleterre			
		3	France			
		4	Allemagne			
		5	Pologne			
		6	Portugal			
		7	Espagne			
		8	Turquie			
L0102	Nom de l'établissement de santé	Veuillez indiquer le nom de l'établissement de santé			Nom de l'établissement de santé	
		Veuillez saisir le nom de l'établissement de santé				
		Texte				
Numéro de champ	Type d'information	Catégories de réponse	Définition et remarques	Informations utiles	ID patient	
<b>L02 DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES DU PATIENT</b>						
L0201	Date de naissance du patient	Veuillez indiquer la date de naissance du patient			Indiquez la date exacte ou entrez « 9 »	
		JJ:MM:AA	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)			
		9	Non précisé			
L0202	Sexe du patient	Veuillez indiquer le sexe du patient			Entrez 0,1 ou 9	
		0	Masculin			
		1	Féminin			
		9	Non précisé			
<b>L03 ADMISSION</b>						
L0301	Date et heure du début des symptômes	Heure exacte (de préférence à 10 minutes près) de début des symptômes.			Indiquez la date exacte OU « 9 »	
		JJ:MM:AAAA	Date (JJ:MM:AAAA)			
		9	Date non précisée			
		HH:MM	Heure (HH:MM)	Indiquez l'heure exacte OU « 99 »		
		99	Heure non précisée			
L0302	Date et heure de l'admission dans l'établissement de santé	Ce champ DOIT être renseigné - tous les patients doivent avoir une date et heure d'admission. Ceci se réfère au moment où le patient a été admis dans votre établissement de santé pour la première fois. Même si l'heure précise est inconnue, vous DEVEZ entrer la date d'admission à l'établissement de santé.			Indiquez la date exacte OU « 9 »	
		JJ:MM:AA	Date (JJ:MM:AAAA)			
		9	Date non précisée			
		HH:MM	Heure (HH:MM)	Indiquez l'heure exacte OU « 99 »		
		99	Heure non précisée			

L0303	Service des admissions	Cette question a pour but de déterminer le type de service où ont été réalisés les premiers soins. Se réfère à l'unité où le patient est admis et où le patient passe la plus grande partie des premières 24 heures dans l'établissement de santé.			
		0 Une unité pour l'évaluation des admissions médicales en soins aigus non spécifiques ou une unité de diagnostic 1 Une unité neuro-vasculaire ou un lit dédié à la prise en charge des accidents vasculaires 2 Service de neurologie 3 Une unité non spécialisée normalement utilisée surtout pour les patients ayant déjà reçu les premiers soins dans une unité neuro-vasculaire ; NB : ce n'est pas le lieu où s'effectue la prise en charge primaire des patients ayant un accident vasculaire cérébral aigu 4 Un service de médecine générale ou un service de gériatrie sans expertise spécialisée AVC. 5 Unité de soins dédiée aux malades en phase critique, unité de soins intensifs ou unité de soins pour malades totalement dépendants 6 Autre type de service; à utiliser pour enregistrer des patients admis dans un service non médicalisé ou ayant souffert d'un AVC pendant leur hospitalisation 7 le patient a passé tout ou presque des 24 premières heures dans un service d'urgence ou dans un service accueil" lits porte" 8 le patient est mort aux urgences 9 Aucune des situations spécifiées ci-dessus	Entrez un chiffre de 0 à 9		
L0304	Date et heure de l'arrivée à l'unité spécialisée AVC	Ce champ DOIT être complété uniquement pour les patients qui ont été admis dans une unité dédiée à la prise en charge des AVC. Ces patients doivent avoir une date et heure d'admission.			
		JJ:MM:AAAA	Date (JJ:MM:AAAA)	Indiquez la date et l'heure exactes	
		HH:MM	Heure (HH:MM)		
		0	Date et heure exactes non précisées, mais dans les 48 heures suivant l'admission	ou bien « 0 » OU « 1 »	
1	Date et heure exactes non précisées, mais APRÈS les 48 heures suivant l'admission OU la date et l'heure ne sont pas précisées				
<b>L04 DIAGNOSTIC</b>					
L0401	Cholestérol sérique	Un échantillon de sang a-t-il été prélevé après l'admission pour la mesure du cholestérol sérique ?			
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé		Entrez 0, 1 ou 9	
		Si oui, veuillez préciser le taux de cholestérol sérique en mmol/l (5 mmol/l ≈ 20 mg/dl). Si la valeur n'est pas connue, merci d'entrer "99"		Indiquez les mmol/l ou 99	
L0402	LDL-cholestérol	Un échantillon de sang a-t-il été prélevé après l'admission pour la mesure du LDL-cholestérol sérique ?			
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé		Entrez 0, 1 ou 9	
		Si oui, veuillez préciser le taux de LDL-cholestérol en mmol/l (5 mmol/l ≈ 20 mg/dl), Si la valeur n'est pas connue, merci d'entrer "99"		Indiquez les mmol/l ou 99	
L0403	Triglycérides	Un échantillon de sang a-t-il été prélevé après l'admission pour la mesure des triglycérides sérique ?			
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé		Entrez 0, 1 ou 9	
		Si oui, veuillez préciser le taux de triglycérides en mmol/l (5 mmol/l ≈ 20 mg/dl). Si la valeur n'est pas connue, merci d'entrer "99"		Indiquez les mmol/l ou 99	
L0404	Tomodensitométrie ou examen IRM	Une tomodensitométrie ou un examen IRM ont été effectués à l'arrivée dans l'établissement de santé			
		0 un scanner a été effectué 1 Un examen IRM a été effectué 2 Il n'y a pas eu d'examen IRM ou de scanner effectué à l'arrivée 9 Non précisé			

<b>L0405</b>	Date et heure de la tomodensitométrie ou de l'examen IRM effectué dans l'établissement de santé	Date de la tomodensitométrie ou de l'examen IRM effectués dans l'établissement de santé (JJ:MM:AAAA)			
		JJ:MM:AAAA	Date (JJ:MM:AAAA)	Indiquez la date et l'heure exactes	
		HH:MM	Heure (HH:MM)		
			0 Heure exacte non précisée, mais dans les 3 heures suivant l'admission 1 Heure exacte non précisée, mais dans les 6 heures suivant l'admission 2 Heure exacte non précisée, mais dans les 12 heures suivant l'admission 3 Heure exacte non précisée, mais dans les 24 heures suivant l'admission 9 Date et heure exactes non précisées, mais APRÈS les 24 heures suivant l'admission OU la date et l'heure ne sont pas précisées	ou bien entrez un chiffre entre 0 et 3 ou 9	
<b>L0406</b>	Visage (perte motrice ou de sensibilité)	Le patient a-t-il souffert d'une perte motrice ou de la sensibilité au niveau du visage ?			
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé OU le patient est décédé avant le test diagnostique		Entrez 0, 1 ou 9	
<b>L0407</b>	Bras (perte motrice ou de sensibilité)	Le patient a-t-il souffert d'une perte motrice ou de la sensibilité au niveau du bras ?			
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé OU le patient est décédé avant le test diagnostique		Entrez 0, 1 ou 9	
<b>L0408</b>	Jambe (perte motrice ou de sensibilité)	Le patient a-t-il souffert d'une perte motrice ou de la sensibilité au niveau de la jambe ?			
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé OU le patient est décédé avant le test diagnostique		Entrez 0, 1 ou 9	
<b>L0409</b>	Dysphasie	Le patient a-t-il souffert de dysphasie ?			
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé OU le patient est décédé avant le test diagnostique		Entrez 0, 1 ou 9	
<b>L0410</b>	Hémianopsie	Le patient a-t-il souffert d'hémianopsie ?			
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé OU le patient est décédé avant le test diagnostique		Entrez 0, 1 ou 9	
<b>L0411</b>	Inattention / manque d'intérêt	Le patient a-t-il souffert d'inattention ou d'un manque d'intérêt ?			
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé OU le patient est décédé avant le test diagnostique		Entrez 0, 1 ou 9	
<b>L0412</b>	Signes d'atteinte du tronc cérébral / syndromes cérébelleux	Le patient a-t-il souffert de signes d'atteinte du tronc cérébral ou de syndromes cérébelleux ?			
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé OU le patient est décédé avant le test diagnostique			
<b>L05</b>	<b>HISTORIQUE DU PATIENT</b>				1
<b>L0501</b>	IDM antérieur	Existence d'un épisode antérieur établi d'infarctus aigu du myocarde ?			
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé		Entrez 0, 1 ou 9	
<b>L0502</b>	Angor antérieur	Symptôme dû à une ischémie cardiaque en cours de développement ou existant déjà au moins deux semaines avant l'admission et encore présent lors de l'admission ?			
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé		Entrez 0, 1 ou 9	

L0503	Insuffisance cardiaque antérieure	Existence d'un diagnostic antérieur établi d'insuffisance cardiaque, indépendamment du régime thérapeutique ?		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé	Entrez 0, 1 ou 9	
L0504	Hypertension	Le patient a-t-il déjà un traitement (médicamenteux, diététique ou d'hygiène de vie) de l'hypertension ou une pression artérielle > 140/80 mesurée à au moins deux occasions avant l'admission ?		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé	Entrez 0, 1 ou 9	
L0505	Hypercholestérolémie	Le patient a-t-il une élévation du cholestérol sérique qui nécessite un traitement diététique ou médicamenteux ?		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé	Entrez 0, 1 ou 9	
L0506	Maladie vasculaire périphérique	Le patient semble-t-il avoir une maladie vasculaire périphérique, par les symptômes actuels ou symptômes précédemment traités par une intervention non chirurgicale ou chirurgicale ? Inclut maladie réno-vasculaire et anévrisme de l'aorte diagnostiqués.		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé	Entrez 0, 1 ou 9	
L0507	Maladie cérébrovasculaire	Le patient a-t-il des antécédents d'ischémie cérébrovasculaire ? Inclure les épisodes transitoires d'ischémie cérébrale ainsi que les événements ayant entraîné un déficit > 24 heures.		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé	Entrez 0, 1 ou 9	
L0508	Asthme ou BPOC	Existence d'une forme de maladie pulmonaire obstructive ?		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé	Entrez 0, 1 ou 9	
L0509	Insuffisance rénale chronique	Le taux de créatinine sérique est-il chroniquement > 200 micromol/l ?		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé	Entrez 0, 1 ou 9	
L0510	Maladie hépatique	Existence d'un diagnostic établi de maladie hépatique ?		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé	Entrez 0, 1 ou 9	
L0511	Cancer	Existence d'un diagnostic établi de cancer ?		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé	Entrez 0, 1 ou 9	
L0512	Démence	Existence d'un diagnostic établi de démence ?		
		0 Non 1 Oui 9 Non précisé	Entrez 0, 1 ou 9	
L0513	Diabète	Merci de préciser si le patient présentait un diabète au moment de l'admission et quel était son traitement.		
		0 Patient sans diagnostic de diabète au moment de l'admission. 1 Diabétique sans insulinothérapie ni médication orale. 2 Diabétique ayant une médication orale avant l'admission. 3 Diabétique ayant une insulinothérapie sans médication orale additionnelle. 4 Diabétique ayant une insulinothérapie et une médication orale avant l'admission. 9 Non précisé	Entrez un chiffre de 0 à 4 ou 9	

L06 MOBILISATION ET MÉDICATION			1		
L0601	Mobilisation - Le patient sort du lit	Ceci se réfère à la mobilisation effectuée après l'admission dans votre établissement de santé. Le patient doit sortir du lit avec ou sans assistance, pour s'asseoir, être debout ou marcher.			
		0 Le patient n'a pas été mobilisé ou n'a pas souhaité être mobilisé	1 Le patient n'était pas assisté lors de la mobilisation 2 Le patient était assisté lors de la mobilisation 3 Mobilisé, mais on ne sait pas si assisté ou non 9 Non précisé	Entrez un chiffre de 0 à 3 ou 9	
L0602	Date et heure de la mobilisation	Heure de début de la première mobilisation ; elle DOIT être enregistrée			
		JJ:MM:AAAA	Date (JJ:MM:AAAA)	Indiquez la date et l'heure exactes	
		HH:MM	Heure (HH:MM)		
		0 Date et heure exactes non précisées, mais dans les 48 heures suivant l'admission 1 Date et heure exactes non précisées, mais APRÈS les 48 heures suivant l'admission OU la date et l'heure ne sont pas précisées		ou bien « 0 » OU « 1 »	
L0603	Aspirine / autres agents antiplaquettaires administrés dans l'établissement de santé	Prévention secondaire avec aspirine ou autres agents antiplaquettaires			
		0 Pas d'utilisation d'aspirine ou d'autres agents antiplaquettaires 1 Utilisation d'aspirine ou d'autres agents antiplaquettaires 2 Le patient a refusé le traitement 3 Contre-indication à l'aspirine ou aux autres agents antiplaquettaires : cocher si applicable et préciser 4 patients mourants ou transférés vers un autre établissement de santé. 9 On ne sait pas si le patient a reçu de l'aspirine ou d'autres agents antiplaquettaires	Entrez un chiffre de 0 à 4 ou 9		
		En cas de contre-indication, veuillez préciser le motif ci-dessous			
		0 Allergie connue 1 Ulcère gastro-duodénal actif 2 Antécédents de saignement intracrânien récent 3 Antécédents de saignement gastro-intestinal récent 4 Grossesse et/ou allaitement 5 Troubles hémorragiques incluant hémophilie, maladie de von Willebrand, thrombocytopenie et maladie hépatique sévère 6 Autre contre-indication non précisée 9 Non précisé		Entrez un chiffre de 0 à 6 ou 9	
L0604	Date et heure de la prise d'aspirine / agent antiplaquettaire	Heure de début de la prise d'aspirine / agent antiplaquettaire			
		JJ:MM:AAAA	Date (JJ:MM:AAAA)	Indiquez la date et l'heure exactes	
		HH:MM	Heure (HH:MM)		
		0 Heure exacte non précisée, mais dans les 24 heures suivant l'admission 1 Heure exacte non précisée, mais dans les 48 heures suivant l'admission 9 Date et heure exactes non précisées, mais APRÈS les 24 heures suivant l'admission OU la date et l'heure ne sont pas précisées		ou bien entrez 0, 1 ou 9	
L07 SORTIE OU DÉCÈS			1		
L0701	Date de sortie de l'établissement de santé OU du décès	La date de sortie doit être mentionnée pour tous les patients. La date de sortie peut être celle du transfert du patient vers une autre structure. Néanmoins, si le patient est transféré pour une journée le temps de recevoir un traitement il ne doit pas être considéré comme sortant. La date de décès ne doit être renseignée que si le patient est mort à l'hôpital.			
		JJ-MM-AAAA	Date de sortie (JJ:MM:AAAA)	Indiquez la date exacte OU « 9 »	
		9	Date de sortie non précisée		
JJ-MM-AAAA	Date du décès (JJ:MM:AAAA)	Indiquez l'heure exacte OU « 99 »			
99	Absence de décès OU date du décès non précisée				
L0702	Date de sortie de l'unité spécialisée AVC non précisée	Ce champ ne doit être complété que pour les patients admis dans une unité spécialisée dans la prise en charge de l'AVC. Le patient doit être considéré comme sortant aussi dans le cas où le patient est transféré vers un autre service du même établissement de santé. Mais le patient n'est pas considéré comme sortant si le patient est transféré pour une journée le temps de recevoir un traitement.			
		JJ-MM-AAAA	Date de sortie de l'unité spécialisée AVC (JJ:MM:AAAA)	Indiquez la date exacte OU « 9 »	
9	Date de sortie de l'unité spécialisée AVC non précisée				