

Décision du type de transfert par **médecin régulateur**  
 Transfert **sans attendre la fin de la TIV**  
**Le plus rapide possible en cas de TM associée à la TIV**

## Surveillance continue par scope / SAUV

Si patient transféré sur plateau de thrombectomie mécanique

Pose d'une VVP avec prolongateur multilignes si possible ou 2eme VVP  
 Pose d'une SAD

### PEC IDE

Toutes les 15 minutes pendant la durée de la TIV et l'heure suivante puis toutes les heures

- ✓ Perméabilité de(s) VVP(s)
- ✓ Mesure de la PA, la SpO2, la température, la glycémie capillaire
- ✓ NIHSS
- ✓ Surveillance ORL/douleur/céphalée/nausée/vomissement

A faire pendant la surveillance :  
 ECG et mise en surveillance de la diurèse

Surveillance rapprochée de l'apparition des symptômes suivants

- **Dégradation de la vigilance, convulsion**
- **Aggravation du déficit neurologique**
- **Hypotension et/ou Angio-oedème (œdème de la lèvre ou de la langue, modification phonatoire)**
- **Hémorragie extériorisée**

**Arrêt de la thrombolyse**  
 +  
**Alerte médicale immédiate**

### PEC médecin urgentiste

NIHSS de fin de TIV et/ou 1 heure après

Réexamen clinique complet avant transfert

- ✓ Refaire une imagerie cérébrale (recherche saignement) en urgence devant trouble de la conscience, convulsion, ou aggravation > 4 points du score NIHSS
- ✓ Prise en charge de l'angio-oedème
- ✓ Recherche d'une cause d'hémorragie extériorisée par examen dédié

### En cas d'HTA > 180/105 mmHg

Mesures associées si non fait avant : pose SAD et antalgique

Mise en place d'antiHTA par PSE de Nicardipine (Loxen®) ou Urapidil (Eupressyl®)

**En cas de douleur/céphalée/ nausée/vomissement => Traitement symptomatique**

**En cas de trouble glycémique => Protocole insuline rapide au PSE**

**En cas d'alarme au scope => Impression de l'alarme ou refaire un ECG voire un DII long (recherche passage en FA)**