

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)