

Swiss NeuroPaediatric Stroke Registry (SNPSR)

Relevé des informations: Hospitalisation aigue et examen au bout de 6 mois

Renvoyer s.v.p. à:

SNPSR, Prof. Dr. Maja Steinlin, Abt. Neuropädiatrie, Med. Universitäts-Kinderklinik, 3010 Bern

Fax: 031 - 632 95 00 Email: paedistroke@insel.ch Web: www.neuropaediatric.ch/div/snpsr

Numéro SNPSR:

--	--	--

Date de naissance (JJ/MM/AA):

--	--	--

Hôpital:

.....

Neuropédiatre traitant(e):

.....

Critère d'inclusion (cochez s.v.p.):

AIS 1	AIS 2	AIS 4	SVT	SL
--------------	--------------	--------------	------------	-----------

Appartenance ethnique:

caucasien/ne

asiatique

africain/e

oriental/e (Afrique du nord et pays arabes)

autre , à préciser s.v.p. :.....

Anamnèse:

✓ = inconnu

✚ = connu, préciser en bas s.v.p.

	Patient:	Famille:
AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thromboses (bras, jambe, poumons)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coagulopathies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie / convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tr. Lipidiques / homocystéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection (systémique/ORL)	<input type="checkbox"/>	
Problèmes périnataux	<input type="checkbox"/>	
Affections cardiaques	<input type="checkbox"/>	
Affections métaboliques	<input type="checkbox"/>	
Anémie / Hémoglobinopathie	<input type="checkbox"/>	
Syndrome génétique	<input type="checkbox"/>	
Médicaments	<input type="checkbox"/>	
Déshydratation	<input type="checkbox"/>	
Infection des varicelles	<input type="checkbox"/> (indiquer la date s.v.p.:	
Trauma	<input type="checkbox"/> (indiquer la date s.v.p.:	
Consanguinité des parents	<input type="checkbox"/>	
Autres maladies	<input type="checkbox"/> (préciser s.v.p.)	

Anamnèse significative du patient / de la famille:

.....

.....

.....

I. Hospitalisation aigue

Episode aigu:

	Datum (JJ/MM/AA):	Heure (h/min):	
Début des symptômes:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Entrée à l'hôpital:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> déjà hospitalisé(e)
Heure précise de la diagnose:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	

Symptômes aigus (lors de la manifestation):

.....

.....

.....

Résultat de l'examen clinique lors de l'entrée à l'hôpital:

.....

.....

.....

Ped NIH Score (à l'entrée à l'hôpital):

Localisation de l'AVC (plusieurs réponses possibles) :

gauche droit

Supratentorial : cortical sous-cortical Capsule interne
 Thalamus Basal ganglia
 territoires frontières (watershed areas)

Infratentorial : tronc cérébral cervelet

Autre:

Territoire(s) vasculaire(s) touché(s) (plusieurs réponses possibles):

Infarctus individuel

Infarctus multiple

Circulation sanguine antérieure :

Arteria cerebri anterior

gauche droite

Arteria cerebri media

gauche droite

Circulation sanguine postérieure :

Arteria cerebri posterior

gauche droite

Arteria basilaris

autre ,

gauche droite

Système veineux superficiel :

Sinus sagitalis superior

Sinus transversus

gauche droit

Sinus sigmoideus

gauche droit

Sinus cavernosum

gauche droit

autre ,

gauche droit

Système veineux profond :

Sinus sagitalis inferior

Sinus rectus

autre ,

gauche droit

Autre:

Imagerie :

✓ effectué / normal

+ effectué / pathologique (préciser s.v.p.)

CT:

Date/Heure

MRI:

Date/Heure.....

MR-Angiographie:

Date/Heure.....

Angiographie
conventionnelle:

Date/Heure.....

Doppler vaisseaux cérébraux:

Date/Heure

Echo cardiaque /

Investigations cardiologiques:

Date/Heure.....

Investigations: ✓ effectué / normal

✚ effectué / pathologique (valeur de laboratoire avec le valeur de référence)

Résistance APC :	<input type="checkbox"/>	Vitesse de sédimentation	
Antithrombine III :	<input type="checkbox"/>	hématique:	<input type="checkbox"/>
aPTT:	<input type="checkbox"/>	CRP:	<input type="checkbox"/>
Fibrinogène :	<input type="checkbox"/>	ANA:	<input type="checkbox"/>
Homocystéine sérum:	<input type="checkbox"/>	Facteur rhumatoïde:	<input type="checkbox"/>
INR:	<input type="checkbox"/>	Complément C3/C4:	<input type="checkbox"/>
D-Dimer:	<input type="checkbox"/>	Hémoculture:	<input type="checkbox"/>
Statu lipidique (incl. Lipoprot. A):	<input type="checkbox"/>	Lactate:	<input type="checkbox"/>
Lupus anticoagulans:	<input type="checkbox"/>	Ammoniaque:	<input type="checkbox"/>
Plasminogène:	<input type="checkbox"/>	Acides amin. (sang/urine):	<input type="checkbox"/>
Protéine S total:	<input type="checkbox"/>	Acides organiques (urine):	<input type="checkbox"/>
Protéine S free:	<input type="checkbox"/>	Borrelia sérologie (sang, liquor):	<input type="checkbox"/>
Protéine C:	<input type="checkbox"/>	Varicelles PCR:	<input type="checkbox"/>
Temps de thrombine:	<input type="checkbox"/>	CSF:	<input type="checkbox"/>
Facteur V Leiden:	<input type="checkbox"/>	Autres résultats relevant:	<input type="checkbox"/>
MTHFR:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Prothrombin G20210A:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Anticardiolipine-AC:	<input type="checkbox"/>		

En base des investigations, l'étiologie de l'infarctus/de la thrombose est

vérifiée (indiquer s.v.p.):.....

suspectée (indiquer s.v.p.):

confuse

Thérapie à la sortie:

.....

.....

.....

Evolution / Symptômes à la sortie:

.....

.....

.....

Réhabilitation / Investigations de contrôle prévues:

Si prévue, cocher le type et noter éventuellement la date:

- Réhabilitation:
- Neurologiques/cliniques
- Neuropsychologiques:
- Imagerie (MRI, MR, Doppler):

Remarques (evtl. feuille séparée):

.....

.....

.....

.....

.....

I. Evolution: 6 (+/- 1) mois depuis l'épisode aigu

Renvoyer s.v.p. à:

SNPSR, Prof. Dr. Maja Steinlin, Abt. Neuropädiatrie, Med. Universitäts-Kinderklinik, 3010 Bern

Fax: 031 - 632 95 00

Email: paedistroke@insel.chWeb: www.neuropaediatrie.ch/div/snpsr

JJ / MM / AA

Date contrôle clinique:

--	--	--

Thérapie médicamenteuse actuelle:

.....

.....

Prise en charge réhabilitative:

.....

Résultats neurologiques:

.....

.....

Résultats cognitives/comportementales:

.....

.....

Convulsions depuis la sortie de l'hôpital? Oui Non **Imagerie de contrôle?** Oui Non

Préciser s.v.p. la date, le type (CT, MRI etc.), et les résultats:

.....

.....

Coagulopathies après la phase aiguë ? Oui Non

En ce cas, compléter les investigations de laboratoire s.v.p.

Remarques:

.....

.....

.....