

△ AVC = MNÉMO V.I.T.E — Visage • Inertie membre • Trouble parole • En urgence → APPEL 15

1. ÉCHELLE DE GLASGOW (GCS) /15

Critère	Réponse	Pts
Yeux (Y)	Spontanée	4
	À l'appel	3
	À la douleur	2
	Absente	1
Verbal (V)	Orientée	5
	Confuse	4
	Inappropriée	3
	Incompréhensible	2
Moteur (M)	Absente	1
	Obéit aux ordres	6
	Orientée à la douleur	5
	Évitement non orienté	4
	Flexion (décortication)	3
	Extension (décérébration)	2
	Absente	1

🚑 GCS ≤ 8 = coma / intubation • ↓ 2 pts = appel médecin

2. COTATION MUSCULAIRE MRC (0-5)

0	Aucune contraction
1	Contraction visible sans mouvement
2	Mouvement sans gravité
3	Mouvement contre gravité
4	Contre résistance partielle
5	Force normale

Tests : Barré (MS), Mingazzini (MI), serrage mains

3. HTIC — SIGNES D'ALERTE

TRIADÉ DE CUSHING : HTA + Bradycardie + Bradypnée = engagement imminent

- ▶ Céphalées progressives matinales
- ▶ Vomissements en jet, sans nausée
- ▶ Troubles visuels (diplopie, flou)
- ▶ Altération brutale de la conscience
- ▶ Mydriase unilatérale aréactive = engagement

CAT : Proclive 30° • Tête en rectitude • Glasgow /15 min • Appel médecin

4. AVC — RECONNAÎTRE & AGIR

Ischémique (80%) : occlusion artérielle. Thrombolyse IV (Actilyse®) ≤ 4h30. Thrombectomie ≤ 24h.

Hémorragique (20%) : céphalée "coup de tonnerre", troubles conscience précoces.

V.I.T.E : Visage paralysé • Inertie membre • Trouble parole • En urgence → 15

Surveillance post-AVC :

- ▶ Glasgow + NIHSS /h pendant 24h
- ▶ TA stricte (140-180 mmHg)
- ▶ Glycémie capillaire, T°
- ▶ Test déglutition AVANT toute alimentation
- ▶ Mobilisation précoce dès stabilité

5. CRISE D'ÉPILEPSIE — CAT

1. Protéger (écarter dangers, coussin tête)
2. JAMAIS d'objet dans la bouche
3. Chronométrer la crise
4. PLS après phase clonique
5. Surveiller respiration, coloration
6. Appel si > 5 min = état de mal
7. Tracer : heure, durée, type, séquelles

Post-critique : somnolence normale, confusion, paralysie de Todd possible

PUPILLES — Évaluation rapide

Paramètre	Normal	Anomalie
Taille	2-4 mm	Mydriase / Myosis
Symétrie	Isocorie	Anisocorie
Réactivité	RPM +	Aréactive △

NERFS CRÂNIENS — Tests rapides (I → XII)

N°	Nom	Test infirmier
I	Olfactif	Odeur familière
II	Optique	Acuité, champ visuel
III-IV-VI	Oculomot.	Suivi du doigt, diplopie
V	Trijumeau	Sensibilité faciale
VII	Facial	Sourire, fermer yeux
VIII	Cochléo-V.	Audition, équilibre
IX-X	Gloss.-Vague	Déglutition, ref. nauséeux
XI	Spinal	Hausser épaules
XII	Hypoglosse	Tirer la langue

PARKINSON — Triade T.R.A.S

- Tremblement de repos (asymétrique)
- Rigidité en roue dentée
- Akinésie / bradykinésie
- Stabilité posturale altérée

Règles infirmières :

- ▶ Timing L-DOPA à la minute
- ▶ JAMAIS d'arrêt brutal (sd malin)
- ▶ Prévention chutes +++ (freezing)
- ▶ Éviter protéines avec L-DOPA

SEP & SLA — L'essentiel

SEP : auto-immune démyélinisante. Formes RR / SP / PP. Symptômes : faiblesse, paresthésies, névrite optique, ataxie, fatigue +++, troubles sphinctériens.

Soins : auto-sondage propre, prévention chutes, ETP traitements de fond.

SLA (Charcot) : dégénérescence motoneurones. Survie 3-5 ans.

Soins : surveillance respiratoire +++, dysphagie (gastrostomie), communication adaptée, palliatif précoce.

✓ CHECKLIST ÉVAL. NEURO (à chaque tour)

- Glasgow : Y \_\_\_ V \_\_\_ M \_\_\_ = \_\_\_/15
- Pupilles : taille \_\_\_mm, symétrie, RPM
- Force 4 membres (MRC 0-5)
- Sensibilité conservée ?
- Parole : normale / aphasie / dysarthrie
- Céphalées / Vomissements / Convulsions ?
- TA \_\_\_/\_\_\_ FC \_\_\_ FR \_\_\_ SpO2 \_\_\_ T° \_\_\_
- Signes d'alerte ? → APPEL MÉDECIN

PHARMACO — Surveillances clés

Classe	Surveillance
Anticoagulants	INR, signes hémorragiques
Thrombolytiques	Hémorragie, neuro /h
Antiépileptiques	Observance, Stevens-Johnson
L-DOPA	Timing, hypoTA, hallucinations
Immunomodul. (SEP)	Infections, réactions perf.

△ JAMAIS d'arrêt brutal antiépileptique ou antiparkinsonien