

TABLEAU 2A : Résumé des niveaux de risque d'AVC récidivant et prise en charge initiale selon les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de l'AVC

(Basé sur les *Recommandations* pour la prévention secondaire de l'AVC, partie 1 : Stratification initiale du risque et prise en charge)

Risque d'AVC récidivant	Délai entre l'apparition des symptômes d'AVC et l'arrivée au centre de soins de santé	Symptômes visibles	Quand les patients doivent être vus par des professionnels de la santé	Où les patients doivent être vus	Tests à faire lors de l'examen initial
Très HAUT RISQUE	Dans les 48 heures	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse unilatérale transitoire, fluctuante ou persistante (visage, bras ou jambe) - Trouble de la parole/aphasie transitoire, fluctuant ou persistant; - Symptômes fluctuants ou persistants sans faiblesse motrice ou trouble de la parole (p. ex., symptômes sensoriels sur une moitié du corps, perte du champ visuel monoculaire, perte de la vision hémichamp, +/- d'autres symptômes évoquant un AVC de la circulation postérieure comme la diplopie, la dysarthrie, la dysphagie et/ou l'ataxie) 	Immédiatement	Service d'urgence [idéalement urgences avec imagerie cérébrale sur place et accès à l'altéplase] ou clinique d'urgence spécialisée en patients à risque élevé	TDM/angiographie par TDM ou IRM/ARM (crosse aortique au vertex), ECG, analyses de laboratoire (Tableau 2B)
RISQUE ÉLEVÉ	Entre 48 heures et 2 semaines	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse motrice unilatérale transitoire, fluctuante ou persistante (visage, bras ou jambe) ou trouble de la parole 	Dès que possible, idéalement dans les 24 heures qui suivent	Clinique de prévention de l'AVC avec, sur place, un neurologue ou un spécialiste en AVC et un infirmier praticien	TDM/angiographie par TDM ou IRM/ARM (crosse aortique au vertex), ECG, analyses de laboratoire (Tableau 2B)
RISQUE MODÉRÉ (ACCRU)	Entre 48 heures et 2 semaines	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes fluctuants ou persistants sans faiblesse motrice ou trouble de la parole (p. ex., symptômes sensoriels sur la moitié du corps, perte du champ visuel monoculaire, diplopie binoculaire, perte de la vision hémichamp, dysarthrie, dysphagie ou ataxie) 	Dès que possible, idéalement dans les 2 semaines qui suivent	Clinique de prévention de l'AVC avec, sur place, un neurologue ou un spécialiste en AVC et un infirmier praticien	TDM/angiographie par TDM ou IRM/ARM (crosse aortique au vertex)*, ECG, analyses de laboratoire (Tableau 2B) * On peut envisager l'échographie carotidienne si l'angiographie par TDM n'est pas disponible
RISQUE FAIBLE	Plus de 2 semaines	<ul style="list-style-type: none"> - Tout symptôme typique ou atypique d'AVC ou d'AIT 	Idéalement dans le mois	Unité de soins ambulatoires ayant accès à un neurologue ou à un spécialiste de l'AVC et à un infirmier praticien	En fonction de l'évaluation de l'équipe de soins de santé