

Tableau 3 : Résumé des niveaux de risque d'AVC récidivant et prise en charge initiale

(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(e) ou persistant(e) ; - 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 suggérant un AVC de la circulation postérieure comme la diplopie, la dysarthrie et/ou l'ataxie). 	Immédiatement	Service d'urgence [idéalement urgences avec imagerie cérébrale sur place et accès à l'altéplase (tPA)]	TDM/angiographie CT ou IRM/ARM (crosse aortique au vertex), ECG, analyses en laboratoire.
RISQUE ÉLEVÉ	Entre 48 heures et 2 semaines	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse unilatérale transitoire, fluctuante ou persistante (visage, bras ou jambe) ou troubles de l'élocution/aphasie. 	Dès que possible, idéalement dans les 24 heures qui suivent.	Clinique de prévention de l'AVC avec, sur place, un neurologue, un spécialiste en AVC et une infirmière praticienne.	TDM/angioTDM ou IRM/ARM (crosse aortique au vertex), ECG, examens de laboratoire (Tableau 3)
RISQUE MODÉRÉ (ACCRU)	Entre 48 heures et 2 semaines	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes fluctuants ou persistants sans faiblesse motrice ni troubles de la parole (p. ex. symptômes sensoriels sur la moitié du corps, perte du champ visuel monoculaire, diplopie binoculaire, perte de la vision hémichamp 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 une infirmière praticienne.	TDM/angioTDM ou IRM/ARM (crosse aortique au vertex), ECG, examens de laboratoire (Tableau 1)

RISQUE FAIBLE	Plus de 2 semaines	- 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 une infirmière praticienne.	En fonction de l'évaluation de l'équipe de soins de santé.
--------------------------	--------------------	---	-------------------------	---	--