

Formulaire de triage et de priorisation des consultations en Neurologie Vasculaire ambulatoire (AIT / AVC)

PARTIE 1 : A COMPLETER PAR LE MEDECIN AVANT ANALYSE DU DOSSIER

Fiche du patient(e)

Nom	
Prénom	
Date de naissance - NISS	
N° de téléphone	
Adresse postale	
Adresse e-mail	
Médecin demandeur	

Antécédents médicaux

Antécédents chirurgicaux

Liste actuelle des médicaments (posologie)

Critères d'évaluation

Diagnostic précis : _____

1. Temporalité

Date de l'événement : _____

Délai depuis événement : ☐ < 7j ☐ 7–14j ☐ >14j

2. Symptômes

Symptômes focaux : ☐ Oui ☐ Non

Type de déficit :

Durée : ☐ <1h ☐ 1–24h ☐ >24h

Symptômes persistants : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels :

3. Imagerie cérébrale

Imagerie réalisée : ☐ Oui ☐ Non

IRM : ☐ Oui ☐ Non

Date : _____ Lieu : _____

Scanner : ☐ Oui ☐ Non

Date : _____ Lieu : _____

Autres

Type : _____ Date : _____ Lieu : _____

Type : _____ Date : _____ Lieu : _____

4. Imagerie des vaisseaux du cou

Réalisée : ☐ Oui ☐ Non

Date : _____ Lieu : _____

5. Bilan cardiologique

Rythmique : ☐ Oui ☐ Non

ECG : ☐ Oui ☐ Non

Date : _____ Lieu : _____

Holter : ☐ Oui ☐ Non

Type : _____ Date : _____ Lieu : _____

Type : _____ Date : _____ Lieu : _____

Morphologique (échographie cardiaque) : ☐ Oui ☐ Non

Type : _____ Date : _____ Lieu : _____

Type : _____ Date : _____ Lieu : _____

6. Traitements antithrombotiques

☐ Aucun ☐ Antiagrégants ☐ Anticoagulants

Avant événement : ☐ Oui ☐ Non

Traitements initiés après événement : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels (posologie) :

Remarques concernant le patient(e) :

Date :

Signature :

Nous vous remercions de bien vouloir renvoyer le formulaire complété à l'adresse suivante :

- *par courriel à neuro@chuliege.be*

ou

- *par courrier à*
Service de Neurologie Vasculaire
CHU de Liège – Sart Tilman
Avenue de l'Hôpital 1
4000 LIEGE

PARTIE 2 : A COMPLETER PAR LE SERVICE DE NEUROLOGIE VASCULAIRE

7. Orientation - Priorité

- ☐ Urgent (<7 jours)
- ☐ Semi-urgent (1–2 semaines)
- ☐ Différé (>2 semaines)

Délai de rendez-vous neurovasculaire : _____

Examens à prévoir avant consultation :

- ☐ Imagerie cérébrale Type : _____
- ☐ Bilan cardiologique Type : _____