

Cette liste de contrôle post-AVC a été conçue pour aider les prestataires de soins à reconnaître les troubles consécutifs à un AVC susceptibles d'être traités ou nécessitant une consultation spécialisée. Il s'agit d'un outil succinct et facile d'utilisation, conçu pour être rempli avec le patient et l'aidant, au besoin. L'emploi de la liste de contrôle post-AVC procure une approche standardisée qui permet de reconnaître les problèmes à long terme des survivants d'AVC et d'adresser les patients vers des traitements adéquats.

DIRECTIVES :

Veillez poser au patient chaque question numérotée et inscrire la réponse dans la case prévue à cet effet. En général, si la réponse est « **NON** », il convient de mettre à jour le dossier du patient et d'observer son évolution. Si la réponse est « **OUI** », veuillez donner suite en appliquant les mesures adéquates. Notez que les mesures décrites dans la présente version sont à but indicatif et que les champs « **Si Oui** » et « **Si Non** » (accentués en jaune) peuvent et devraient être révisés pour la mise en pratique locale.

1. PRÉVENTION SECONDAIRE

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, avez-vous reçu des conseils sur des modifications à apporter à votre mode de vie pour votre santé et sur la médication afin de prévenir le risque d'avoir un autre AVC ?	<input type="checkbox"/> NON →	
	<input type="checkbox"/> OUI →	Observez l'évolution

2. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous plus de difficultés à prendre soin de vous-même ?	<input type="checkbox"/> NON →	Observez l'évolution
	<input type="checkbox"/> OUI →	<p>Avez-vous de la difficulté à vous habiller, à vous laver ou à prendre un bain ?</p> <p>Avez-vous de la difficulté à préparer des boissons ou des repas chauds ?</p> <p>Avez-vous de la difficulté à sortir à l'extérieur ?</p>

3. MOBILITÉ

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous plus de difficulté à marcher ou à vous déplacer en toute sécurité du lit à une chaise ?	<input type="checkbox"/> NON →	Observez l'évolution
	<input type="checkbox"/> OUI →	Continuez-vous à suivre des traitements de réadaptation ?

4. SPASTICITÉ

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, ressentez-vous une raideur croissante dans les bras, les mains ou les jambes ?	<input type="checkbox"/> NON →	Observez l'évolution
	<input type="checkbox"/> OUI →	Est-ce qu'elle nuit à vos activités de la vie quotidienne ?

5. DOULEUR

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, avez-vous éprouvé une nouvelle douleur ?	<input type="checkbox"/> NON →	Observez l'évolution
	<input type="checkbox"/> OUI →	

6. INCONTINENCE

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous plus de difficultés à maîtriser votre vessie ou vos intestins ?	<input type="checkbox"/> NON →	Observez l'évolution
	<input type="checkbox"/> OUI →	

7. COMMUNICATION

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous plus de difficultés à communiquer avec les autres ?	<input type="checkbox"/> NON →	Observez l'évolution
	<input type="checkbox"/> OUI →	

8. HUMEUR

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, vous sentez-vous plus anxieux ou déprimé ?	<input type="checkbox"/> NON →	Observez l'évolution
	<input type="checkbox"/> OUI →	

9. COGNITION

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous plus de difficulté à réfléchir, à vous concentrer ou à vous rappeler certaines choses ?	<input type="checkbox"/> NON →	Observez l'évolution
	<input type="checkbox"/> OUI →	Est-ce que cela nuit à vos activités de la vie quotidienne ?

10. LA VIE APRÈS UN AVC

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, trouvez-vous certaines choses importantes à vos yeux plus difficiles à faire (p. ex., loisirs, passe-temps, travail, ou encore les relations avec les proches, selon le cas) ?	<input type="checkbox"/> NON →	Observez l'évolution
	<input type="checkbox"/> OUI →	

11. RELATIONS AVEC LA FAMILLE

Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, est-ce que les relations avec votre famille sont devenues plus difficiles ou tendues ?	<input type="checkbox"/> NON →	Observez l'évolution
	<input type="checkbox"/> OUI →	