



**DEMANDE D'HOSPITALISATION DE JOUR : BILAN D'AIT**

Créé le : 06.2017 / Par : DR MECHTOUFF

Validée le : 06.2017 / Par : PR  
 NIGHOGHOSSIAN

Date :	Nom : Prénom : Date de naissance : Sexe : Adresse :	Médecin demandeur : Nom / Prénom : <b>Téléphone :</b>
--------	---	---

**Date de survenue des symptômes :**

**Résumé clinique:**

**AIT probable :**

- Déficit moteur et/ou sensitif touchant la face  
Et / ou les membres
- Troubles du langage
- Cécité monoculaire (après cs ophtalmo)
- Hémianopsie latérale homonyme ou cécité corticale

**AIT possible :**

- Vertiges/ troubles de l'équilibre
- Diplopie
- Dysarthrie

**Si examen(s) déjà réalisé(s), précisez lesquels :**

- Bilan parenchymateux :  
 Scanner       IRM Si IRM non réalisée, existe-t'il une contre-indication à l'IRM (pace-maker, claustrophobie, corps étranger oculaire, matériel ferro-magnétique ...) ?
- Exploration des artères intracrâniennes :  
 Angioscanner       AngioIRM
- Explorations des artères cervicales :  
 Angioscanner       AngioIRM       EDTSA
- ECG :     oui       non
- Bilan biologique (NFP, TP, TCA, ionogramme sanguin, créatininémie):  oui       non

**Cadre réservé au service de Neurologie**

**Date du rendez-vous (jj/mm/aaaa) :** |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|

**Examens à prévoir :**

- Bilan biologique (*bilan lipidique, glycémie à jeun, Hba1c, bilan hépatique*) + ECG
- ETT
- Consultation neurovasculaire
- IRM       Scanner       Echo-doppler TSA
- Bilan parenchymateux       Cérébral SI
- AngioIRM des artères intracrâniennes       Angioscanner des artères intracrâniennes
- AngioIRM des artères cervicales       Angioscanner des artères cervicales