

## Fiche de collecte

### Etude sur les thromboses veineuses cérébrales : aspects épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques au CHU /YO du Burkina Faso.

(De janvier 2008 à juin 2015)

#### 1. Identification

Numéro dossier :

Numéro fiche :

Nom :

Prénom :

#### Données sociodémographiques

Age :

#### Sexe

- Masculin  
 Féminin

#### Provenance :

- Rural   
urbain   
Non préciser

Poids :

Taille

(IMC= )

#### Niveau d'instruction

- Supérieur  
 Secondaire  
 Primaire  
 Analphabète  
 Non scolarisé  
 Non préciser

#### Profession

- Salarié sect public  
 Salarié sect privé  
 Commerçant  
 Artisan  
 Cultivateur  
 Elève/Étudiant  
 Ménagère  
 Autre  
 Non préciser

#### Situation matrimoniale

- Célibataire  
 Marié  
 Concubinage  
 Divorcé  
 Veuf/veuve  
 Non préciser

#### 2. Entrée en neuro

##### Mode d'admission

- Référé  
 Transféré  
 Direct  
 Non préciser

Date d'entrée

Date de sortie

Durée du séjour

##### Motif d'admission

- Déficit moteur       Déficit sensitif       Trouble langage  
 Trouble conscience       Céphalées       Crise convulsive

Si autre motif préciser :

#### 3. Antécédent

##### HTA

- Oui  
 Non  
 Non préciser

##### Tabac

- Oui  
 Non  
 Non préciser

##### Contraceptif oral

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**Coagulopathie**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**I.cardiaque**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**Grossesse**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**Infection**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**Embolie pulmonaire**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**Autre ATCD****ATCD familiaux**

- HTA  
 TVC

Si autre ATCD familiaux, préciser

**Corticothérapie**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**I.renale**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**Post partum**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**AVC**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**Thrombophlébite des MI**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

- Diabète  
 Thrombophlébite des MI

**Maladie inflammatoire**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**I.hépatocellulaire**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**Neoplasie**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

- AVC  
 Aucun

**Mode de vie**

- Alcool  
 Autre  
 Tabac  
 Aucun  
 Café  
 Non préciser  
 Thé

Si autre ATCD familiaux, préciser

**4. Diagnostic****4.1. Signes fonctionnels****Céphalées**

- Oui  
 Non

**Trouble visuel**

- Oui  
 Non

**BAV**

- Oui  
 Non

**Œdème papillaire**

- Oui  
 Non

**Dyspnée**

- Oui  
 Non

**Toux**

- Oui  
 Non

**Phlébite des MI**

- Oui  
 Non

**4.2. Signes généraux****Etat général**

- Bon  
 Assez bon  
 Mauvais

**Etat de conscience**

- Normal  
 Obnubilation  
 Coma

**OMI**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

Score Glasgow :

**Température**

- Normal
- Hyperthermie
- Hypothermie

**Tension artérielle**

- Normale
- Hypertension
- Hypotension

**F. cardiaque**

- Normal
- Tachycardie
- Bradycardie

**Etat des pupilles**

- Normal
- Myosis
- Mydriase
- Non préciser

**F. respiratoire**

- Normale
- Polypnée
- Bradypnée

**4.3. Signes neurologiques****Céphalées**

- Oui
- Non
- Non préciser

**Crises convulsives**

- Oui
- Non
- Non préciser

**Déficit moteur**

- Oui
- Non
- Non préciser

**Atteinte des NC**

- Oui
- Non
- Non préciser

**ROT**

- Oui
- Non
- Non préciser

**Troubles cognitifs**

- Oui
- Non
- Non préciser

Si autre ATCD familiaux, préciser

**4.4. Examen des autres appareils :****Appareil cardio-vasc.**

- Oui
- Non
- Non préciser

Si anomalie, préciser :

Si anomalie d'autre appareil, préciser :

**4.5. Signes paracliniques****Imagerie****TDM**

- Oui
- Non

PDC : Oui / Non

Date de réalisation :

**IRM**

- Oui
- Non

**Angioscanner**

- Oui
- Non

**EEG**

- Oui
- Non

Résultat :

Résultat :

Résultat :

**Signes directs****Signe du delta**

- Oui
- Non
- Non préciser

**Signe de la corde**

- Oui
- Non
- Non préciser

**Signes indirects**

- Oui
- Non

Préciser :

**Siège du thrombus**

**AVC associé :**

- Ischémique  Hémorragique

**Biologie**

**D. dimères**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**CRP**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**Creat.**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**Urée**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**Glycémie**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**VIH**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**ASAT/ALAT**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**Tx prothrombine**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

LCR : Oui / Non

Résultat :

Si autre bilan biologique, préciser :

**5. Traitement Reçu : +**

- Héparine  AVK  Anti HTA  
 Anti convulsivant  Antibiotique

**Autre traitement reçu :**

- Oui  
 Non

Si oui préciser :

Début du traitement :

Délai entre début des signes et instauration de traitement :

Date d'arrêt du traitement :

**6. Evolution**

**Etat général**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**Etat de conscience**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**OMI**

- Oui  
 Non  
 Non préciser

**Température**

- Normalisation  
 Diminution  
 Augmentation  
 Stationnaire  
 Non préciser

**F. cardiaque**

- Normalisation  
 Aggravation  
 Stationnaire  
 Non préciser

**F. respiratoire**

- Normalisation  
 Aggravation  
 Stationnaire  
 Non préciser

**T. artérielle**

- Normalisation  
 Augmentation  
 Stationnaire  
 Diminution  
 Non préciser

**Etat pupilles**

- Amélioration  
 Aggravation  
 Stationnaire  
 Non préciser

**Céphalées**

- Amélioration  
 Aggravation

**Déficit neuro**

- Amélioration  
 Aggravation

**Convulsion**

- Amélioration  
 Aggravation

- Stationnaire
- Non préciser

**Fonction rénale**

- Normalisation
- Diminution
- Augmentation
- Stationnaire
- Non préciser

**Fonction hépatique**

- Normalisation
- Augmentation
- Stationnaire
- Non préciser

**Anomalie TDM**

- Reperméabilisation du sinus
- Stationnaire
- Non préciser

- Stationnaire
- Non préciser

**Glycémie**

- Normalisation
- Augmentation
- Stationnaire
- Non préciser

**D. Dimères**

- Normalisation
- Diminution
- Augmentation
- Stationnaire
- Non préciser

- Stationnaire
- Non préciser

**LCR**

- Normalisation
- Stationnaire
- Non préciser

**Pathologie associée**

- Répression complète
- Répression partielle
- Stationnaire
- Aggravation
- Non préciser

Si apparition d'une nouvelle pathologie, préciser :

**6.1 Séquelles**

- Oui
- Non
- Non préciser

Si séquelle retrouvée, préciser :

**6.2 Récidive de la TVC**

- Oui
- Non
- Non préciser

**6.3 Décès**

- Oui
- Non

**7. Etiologie**

- Oui
- Non
- Non préciser

Si étiologie retrouvée, préciser :