

Dictionnaire des Scores

ABCD score : Risque d'AVC après un AIT

Variables	Pondération
A Age > 60 ans	1 pt
B Blood pressure (Pression Artérielle)	
Systolique > 140 mmHg	1 pt
Diastolique > 90 mmHg	1 pt
C Clinical features (Signes cliniques)	
Déficit moteur unilatéral	2 pts
Troubles du langage sans déficit moteur	1 pt
Autres signes	0 pt
D Duration (Durée des Symptômes)	
> 60 min	2pts
10 et 59 min	1 pt
< 10 min	0 pt

Interprétation :

Score	Risque d'AVC constitué à une semaines (%)
0-3	0
4	2
5	15
6	35

ABCD² score

Facteurs de risques	Points
Age > 60 ans	1
Blood Pressure > 140/90 mmHg	1
C Clinical features	
Déficit moteur unilatéral	2
Aphasie sans déficit moteur	1
Autres	0
D Clinical features	
> 60 min	2
10-59 min	1
< 10 min	0
Diabète	1

Interprétation :

Risque d'AVC constitué

Score ABCD ²	J2 (%)	J7 (%)	M3 (%)
0-3 (Risque faible d'AVC)	1	1.2	3.1
4-5 (Risque modéré d'AVC)	4.1	5.9	9.8
6-7 (Risque élevé d'AVC)	8.1	11.7	17.8

ABSI* score : Score de gravité des brûlés

Paramètre	Score
Sexe	Homme 1
	Femme 0
Age (ans)	0-20 1
	21-40 2
	41-60 3
	61-80 4
	81-100 5
Lésions d'inhalation	1
Brûlure du 3 ^e degré	1
Surface brûlée (%)	1-10 1
	11-20 2
	21-30 3
	31-40 4
	41-50 5
	51-60 6
	61-70 7
	71-80 8
	81-90 9
	91-100 10

*Abbreviated burn severity index

Interprétation :

Score ABSI	Probabilité de survie (%)
<4	99
4-5	98
6-7	80-90
8-9	50-70
10-11	20-40
>11	10

Alvarado score : Score de diagnostic d'appendicite aiguë de l'adulte

Symptômes	Score
Douleur abdominale avec migration (FID)	1
Anorexie	1
Nausées ou vomissements	1
Défense de la fosse iliaque droite (FID)	2
Température supérieure à 37°	1
Décompression de la fosse iliaque gauche douloureuse	1
Taux de leucocytes supérieur à 10000/ml	2
Elévation des polynucléaires >75%	1

Interprétation :

Le score d'Alvarado peut aller de 0 à 10, le risque le plus élevé d'appendicite étant un score à 10.

- Score >6: Patients à opérer d'urgence.
- Score <4: Patients à ne pas opérer .
- Entre 4 et 6 Patients à réévaluer à 24 heures, si besoin avec une imagerie.

Apgar score: Score de gravité des nouveau-nés

Paramètre	0	1	2
Fréquence cardiaque	Absent	<100	>100
Respiration	Absente	Irrégulière, lente	Bonne, cri vigoureux
Tonus	Hypotonique	Légère flexion des extrémités	Actif et tonique
Réactivité	Nulle	Grimaces	Vive
Coloration	Cyanosée ou pâle	Corps rose, extrémités bleues	Complètement rose

Interprétation :

Le score d'Apgar est établi à 1 min, 5 min et 10 min de vie.

Il renseigne sur la qualité de l'adaptation respiratoire et circulatoire à la vie aérienne.

Entre 8 et 10: Le nouveau-né se porte bien.

Entre 4 et 7: Il ne va pas très bien.

Entre 0 et 3: Alerte.

ASA* score : score de risque opératoire en anesthésie

ASA 1	Patient normal
ASA 2	Patient avec anomalie systémique modérée
ASA 3	Patient avec anomalie systémique sévère
ASA 4	Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante
ASA 5	Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention
ASA 6	Patient déclaré en état de mort cérébrale avec prélèvement d'organes pour greffe possible

*American Society of Anesthesiologist

Interprétation :

Ce score simple, est utilisé pour décrire l'état général d'un patient devant bénéficier d'une anesthésie.

Un score ASA élevé expose à un taux plus élevé d'admission en réanimation.

ATS* score : gravité des Pneumopathies aiguës communautaires

Critères mineurs	Critères majeurs
PaO ₂ /FiO ₂ <250 Atteinte plurilobaire PAS ≥90 mmHg	Nécessité d'une ventilation mécanique Choc septique

*American Thoracic Society-révisé en 2001

Interprétation :

La présence de 2 critères mineurs ou d'un critère majeur indique la nécessité d'une admission en soins intensifs.

L'ATS est meilleur pour prédire la nécessité d'admission en USI (par rapport aux scores Fine et BTS).

Balthazar score : Score radiologique de gravité de pancréatite aiguë

Scanner			Scanner avec injection	
Stade A	Pancréas normal	0 pt	Pas de nécrose*	0 pt
Stade B	Elargissement de la glande	1 pt	Nécrose < 1/3 de la glande	2 pts
Stade C	Infiltration de la graisse péripancréatique	2 pts	Nécrose > 1/3 et < 1/2 de la glande	4 pts
Stade D	Une coulée de nécrose	3 pts	Nécrose > 1/2 de la glande	6 pts
Stade E	Plus d'une coulée de nécrose ou présence de bulles au sein du pancréas ou d'une coulée de nécrose	4 pts		

*Défaut de rehaussement du parenchyme pancréatique.

Interprétation :

C'est un index d'inflammation pancréatique et de nécrose. Il présente une bonne corrélation avec la morbidité et la mortalité.

Il est évalué au mieux à J3.

Un score supérieur à 7 témoigne d'une morbidité et mortalité accrues.

Index de sévérité	Morbidité %	Mortalité %
Points 0-3	8	3
Points 4-6	35	6
Points 7-10	92	17

Barone score : Indication de la ventilation mécanique après un traumatisme thoracique

Paramètre	Pts
Fréquence ventilatoire $>25 \text{ c}\cdot\text{min}^{-1}$	1
Pression artérielle systolique $<100 \text{ mmHg}$	1
Hypoxémie $<60 \text{ mmHg}$	1
Hypercapnie $>45 \text{ mmHg}$	1
Acidose avec $\text{pH} <7.20$	1
Lésions associées abdominales et/ou neurologiques	1

Interprétation :

- L'intubation est nécessaire quand le patient présente au moins un score ≥ 3 .
- Si le patient a un score <2 , l'intubation n'est pas indiquée, mais une surveillance rapprochée.

Barthel score : évaluation du handicap après AVC

Items	Description	Score
1 Alimentation	Indépendant. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps raisonnable.	10
	Besoin d'aide par exemple pour coupe.	5
2 Bain	Possible sans aide.	5
3 Continence rectale	Aucun accident.	10
	Accidents occasionnels.	5
4 Continence urinaire	Aucun accident.	10
	Accidents occasionnels.	5
5 Déplacements	N'a pas besoin de fauteuil roulant. Indépendant pour une distance de 50m, éventuellement avec des cannes.	15
	Peut faire 50 m avec aide.	10
	Indépendant pour 50 m dans une chaise roulante, si incapable de marche.	5
6 Escaliers	Indépendant. Peut se servir de cannes.	10
	A besoin d'aide ou de surveillance.	5
7 Habillement	Indépendant. Attache ses chaussures. Attache ses boutons. Met ses bretelles.	10
	A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié de la tâche dans un temps raisonnable.	5
8 Soins personnels	Se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents, se rase. Peut brancher un rasoir électrique	5
9 Toilettes	Indépendant. Se sert seul du papier hygiénique, chasse d'eau	10
	A besoin d'aide pour l'équilibre, pour ajuster ses vêtements et se servir du papier hygiénique	5
10 Transfert du lit au fauteuil	Indépendant, y compris pour faire fonctionner une chaise roulante.	15
	Surveillance ou aide minime.	10
	Capable de s'asseoir, mais a besoin d'une aide maximum pour le transfert	5
Total		

Interprétation :

L'index de Barthel est un index fonctionnel, simple et fiable en post-AVC.

Pour chaque items (de 1 à 10), le thérapeute choisit le niveau d'incapacité du patient.

Un score de 0 correspond à une incapacité inférieure à celle cotée à 5.

Seuils de l'index de Barthel :

Un score > 100: indépendance complète.

Un score à 0 correspond à un malade nécessitant une aide complète ou importante.

L'inconvénient principal de l'index de Barthel tient à l'absence d'évaluation des troubles du langage ou des fonctions cognitives.

Un index à 100 ne correspond pas forcément à un malade autonome dans la vie quotidienne.

BISHOP score : Evaluation de la maturation du col utérin

Paramètres	0	1	2	3
Dilatation du col utérin	Fermé	1-2 cm	3-4 cm	>5cm
Effacement du col utérin	0-30%	40-50%	60-70%	>80%
Consistance du col utérin	Ferme	Moyenne	Molle	
Position du col utérin	Postérieure	Centrale	Antérieure	
Positionnement de la présentation fœtale*	Mobile (3cm au dessus)	Amorcée (2cm au dessus)	Fixée (<1cm au dessus)	Engagée (1-2cm au dessous)

*par rapport aux épines sciatiques

Interprétation :

Ce score varie de 0 à 13.

Un score >9: pronostic favorable (travail de moins de 4 heures chez les multipares).

Blatchford score: Score de gravité des hémorragies digestives hautes

Paramètre à l'admission	valeurs
Urée sanguine (mmol/L)	<div> <div>Ü6.5 et < 8</div> <div>Ü8 et <10</div> <div>Ü10 et <25</div> <div>Ü25</div> </div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>6</div>
Hémoglobine (dg/L) chez l'homme	<div> <div>Ü12 et <13</div> <div>Ü10 et <12</div> <div><10</div> </div> <div>1</div> <div>3</div> <div>6</div>
Hémoglobine (dg/L) chez la femme	<div> <div>Ü10 et <12</div> <div><10</div> </div> <div>1</div> <div>6</div>
PA Systolique	<div> <div>100-109 mm Hg</div> <div>90-99mm Hg</div> <div><90mm Hg</div> </div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>
Pouls	<div> <div>>100 bpm</div> </div> <div>1</div>
Mélaena	<div> <div>Présent</div> </div> <div>1</div>
Syncope	<div> <div>Présente</div> </div> <div>2</div>
Hépatopathie	<div> <div>Présente</div> </div> <div>2</div>
Insuffisance cardiaque	<div> <div>Présente</div> </div> <div>2</div>

Interprétation:

Ce score est coté de 0 à 23. Il prédit la nécessité de soins intensifs chez des malades ayant une hémorragie digestive haute.

Certains auteurs prennent la valeur 4 du score comme seuil d'intervention endoscopique.

BODE* score : Score pronostique au cours de la BPCO

Variable	Indice de BODE			
	0	1	2	3
VEMS (% de la valeur prédictive)	Ý65	50-64	36-49	Ü35
Test de marche de 6 minutes (m)	Ý350	250-349	150-249	Ü149
Echelle MRC**	0-1	2	3	4
BMI	>21	Ü21		

*Body Mass Index, Obstruction and Dyspnea, Exercise Capacity. **Medical Research Council.

Interprétation :

Ce score est un indice composite incluant différents critères qui ont montré leur relation avec la mortalité.

Score	Mortalité à 52 mois
0-2	19
3-4	32
5-6	42
7-10	80

BORG score : Dyspnée aiguë

Pas de dyspnée	0
Très très discrète (à peine perceptible)	0.5
Très discrète	1
Discrète	2
Modérée	3
Légèrement intense	4
Intense	5
	6
Très intense	7
	8
Très très intense (presque maximale)	9
Maximale	10

Boston score : Diagnostic d'une insuffisance cardiaque

Catégorie 1: signes fonctionnels		Pts
Dyspnée de repos		4
Orthopnée		4
Dyspnée paroxystique nocturne		3
Dyspnée à la marche en terrain plat		2
Dyspnée à la marche en pente		1
Catégorie 2: signes d'examen		
Fréquence cardiaque		
si >90		1
si >110		2
Stase		
si reflux hépato jugulaire isolé		2
si hépatomégalie ou oedèmes		3
Sous crépitants		
si seulement aux bases		1
si plus étendus		2
Sibilants ou sifflement expiratoire		3
Galop		3
Catégorie 3: radio pulmonaire		
Oedème pulmonaire alvéolaire		4
Oedème pulmonaire interstitiel		3
Epanchement pleural bilatéral		3
Rapport cardio-thoracique supérieur à 0.50		3
Redistribution du flux vers les champs supérieurs		2

Interprétation :

On n'attribue pas plus de quatre points à chacune des trois catégories.

Le score composite ne peut être supérieur à 12.

Le diagnostic d'insuffisance cardiaque est :

peu probable si le score est inférieur ou égal à 4.

possible si le score est compris entre 5 et 7.

certain si le score est compris entre 8 et 12.

CCFD* score : Diagnostic de l'insuffisance cardiaque

Interrogatoire	Age ≥ 65 ans	1
	HTA ≥ 10 ans	1
	Antécédents coronaires	2
	Orthopnée	1
	Dyspnée d'effort	1
Examen physique	Bruit de Galop B3	3
	Râles crépitants	2
	RHJ - TSJ	1
	OMI	1
Radio. Thorax	Cardiomégalie	2
	Œdème alvéolaire	2
	Œdème interstitiel	1
	Epanchement pleural	1
ECG	Fibrillation auriculaire	1
	Troubles de repolarisation	1

* Congestive Cardiac Failure Diagnosis

Interprétation :

Score < 7: Insuffisance cardiaque peu probable.

Score entre 7 à 10: Insuffisance cardiaque probable.

Score > 10: Insuffisance cardiaque très probable.

CCHR* score : Règle canadienne d'indication de la TDM chez les patients victimes d'un traumatisme crânien mineur (TCM)

Risque élevé d'intervention neurochirurgicale

- GCS < 15 deux heures après le traumatisme
- Suspicion d'une fracture ouverte ou enfoncée
- Signe de fracture de la base
- Deux épisodes de vomissements ou plus
- Âge > 65 ans

Risque modéré de lésion cérébrale à la TDM**

- Amnésie avant l'impact > 30 minutes
- Mécanisme dangereux (piéton frappé par un véhicule motorisé, occupant éjecté, chute d'une élévation ≥ 3 pieds ou ≥ 5 marches)

*Canadian Computed tomography Head Rule **En plus des critères précédents.

Interprétation :

La présence d'un seul critère justifie la réalisation d'une tomodensitométrie (TDM) chez les victimes d'un TCM défini par :

- Un traumatisme datant de moins de 24 heures.
- Un GCS ≤ 14 .
- Perte de conscience, amnésie, ou confusion devant témoin.

CCMU modifiée : Classification Clinique des Malades des Urgences

CCMU P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique en l'absence de toute pathologie somatique instable.
CCMU 1	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
CCMU 2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
CCMU 3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manoeuvres de réanimation immédiate.
CCMU 5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manoeuvres de réanimation.
CCMU D	Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Interprétation :

Echelle de tri à niveaux de priorité croissants, permettant la distinction entre malades stables, instables et instables avec pronostic vital engagé.

A ces classes ont été ajoutée 2: CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée, CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante.

CHADS₂score : Risque d'AVC au cours d'une fibrillation auriculaire

Item	Score
C Insuffisance cardiaque congestive	1
H Hypertension	1
A Age >75 ans	1
D Diabète	1
S Stroke pour AVC	2

Interprétation :

Score	Risque d'AVC par an en l'absence de traitement antithrombotique (%)
0	2
1	3
2	4
4	8
5	12
6	18

CHA₂DS₂-VASc Score : Risque d'AVC au cours d'une fibrillation auriculaire

	Risk Factor	Score
C	Congestive heart failure/Left ventricular dysfunction	1
H	Hypertension-high blood pressure	1
A2	Age ≥75	2
D	Diabetes mellitus	1
S2	Stroke/TIA*/TE (thromboembolism)	2
V	Vascular disease - coronary artery disease (CAD), myocardial infarction (heart attack), peripheral artery disease (PAD), or aortic plaque	1
A	Age 65-74	1
Sc	Sex category-Female gender	1

*TIA: AIT

Interprétation :

Un score ≥ 2 indique un traitement par AVK.

Child-Pugh score : Sévérité de l'atteinte hépatique lors des cirrhoses

	1 point	2 points	3 points
Encéphalopathie	Absente	Confusion	Coma
Ascite	Absente	Discrète	Abondante
Bilirubine ($\mu\text{mol/L}$)	<35	35-50	>50
Albumine (g/L)	>35	28-35	<28
Taux de prothrombine (%)	>50	40-50	<40

Interprétation :

Score de 5 à 15 : classe A = 5-6
 classe B = 7-9
 classe C = 10-15

En cas de cirrhose compensée, la plupart des malades sont en classe A.
 La cirrhose décompensée correspond à une classe B ou C.

CRB 65 (ou CURB 65 simplifié) score: Score de gravité des pneumopathies aiguës communautaires

Situation	Score
Confusion	1
Respiratory rate (Fréquence Respiratoire) : $\geq 30/\text{min}$	1
Blood pressure (Pression Artérielle) : Systolique <90 mmHg ou diastolique ≤ 60 mmHg	1
Age ≥ 65	1

Interprétation:

- C'est un score de la BTS (British Thoracic Society) basé sur 4 paramètres.
 - 0 critère : Traitement ambulatoire adapté
 - 1 ou 2 critère(s) : Nécessité d'une évaluation aux urgences voire une hospitalisation de courte durée pour observation
 - 3 ou 4 critères : Hospitalisation urgente.

CURB 65* ou BTS** score

Situation	Score
Confusion	1
Urea >7 mmol/l	1
Respiratory rate (Fréquence Respiratoire) : \geq 30/min	1
Blood pressure (Pression Artérielle) : Systolique <90 mmHg ou diastolique \leq 60 mmHg	1
Age \geq 65	1

* Confusion, Urea, Respiratory rate, Blood pressure, 65 = age

** British Thoracic Society

Interprétation :

- 0 ou 1 critère présent : Traitement ambulatoire adapté
- 2 critères : Nécessité d'une évaluation aux urgences voire une hospitalisation de courte durée pour observation
- 3 critères et plus : Hospitalisation nécessaire
- 4 ou 5 critères présents : Considérer admission en réanimation

BTS meilleur score pour prédire un choc ou une VM (par rapport aux scores Fine et ATS).

EGSYS* score : Probabilité de l'origine cardiaque d'une syncope

Situation	Score
Palpitations avant syncope	+4
Anomalies ECG et/ou maladie cardiaque	+3
Syncope durant un effort	+3
Syncope en position couchée	+2
Prodromes autonomiques**	-1
Facteurs prédisposants et/ou précipitants	-1

* Evaluation of Guidelines in SYNcope Study.

** Pièce chaude ou encombrée, station debout prolongée, douleur, émotion, nausée, vomissement.

Interprétation :

Score	Probabilité de syncope d'origine cardiaque (%)
<3	2
3	13
4	33
>4	77

Envenimation scorpionique score : Score d'hospitalisation de l'envenimation scorpionique

Paramètres	Coefficient
Priapisme	+3
Vomissement	+2
Pression artérielle systolique >140mmHg à J ₀	+2
Corticoïdes*	+2
Délai entre piqûre et l'arrivée aux urgences >30 min	+1
Température >38°C	+1
Fréquence cardiaque >100/min	+1

* Administrés avant l'examen.

Interprétation :

Un score >2 nécessite l'hospitalisation du patient.

Epworth échelle: Risque de syndrome d'apnée de sommeil (SAS)

Situation	État de somnolence	Score
Lecture	Nulle	0
	Faible	1
	Modérée	2
	Elevée	3
Télévision	Nulle	0
	Faible	1
	Modérée	2
	Elevée	3
Spectacle	Nulle	0
	Faible	1
	Modérée	2
	Elevée	3
Assis en voiture pendant 1 heure, comme passager	Nulle	0
	Faible	1
	Modérée	2
	Elevée	3
Assis au calme après un repas (sans alcool)	Nulle	0
	Faible	1
	Modérée	2
	Elevée	3
Assis dans une voiture arrêtée depuis quelques minutes du fait du trafic	Nulle	1
	Faible	2
	Modérée	3
	Elevée	4

Interprétation :

SAS : Score aux environs de 10.

Pas de SAS : Score inférieur à 5.

ESI* : Score de triage aux urgences

ESI 1	Patient gravement instable, doit être vu immédiatement par un médecin, nécessite souvent une intervention pour être stabiliser (par exemple, intubation).
ESI 2	Patient potentiellement instable, doit être vu sans délai par un médecin (en moins de 10 minutes), il nécessite souvent des examens de laboratoire, de radiologie, un traitement et une admission.
ESI 3	Patient stable, doit être examiné en urgence par un médecin (dans les 30 minutes), il nécessite souvent des examens de laboratoire, de radiologie, un traitement et le plus souvent mis sortant
ESI 4	Patient stable, peut être vu en urgence différé par un médecin ou un intermédiaire, nécessite un minimum de tests ou de procédures, et il est prévu pour être sortant.
ESI 5	Patient stable, peut être vu en urgence différé par un médecin (ou intermédiaire), ne nécessite pas de tests ou des procédures, et il est prévu pour être sortant.

* Emergency Severity Index

Interprétation :

C'est un score Nord Américain révisé à 3 reprises.

EVS* : Intensité de la douleur

Niveau 0	Absence de douleur
Niveau 1	Douleur faible
Niveau 2	Douleur modérée
Niveau 3	Douleur intense
Niveau 4	Douleur insupportable

* Echelle Verbale Simple

Fine score : Score d'évaluation de la gravité des pneumopathies aiguës communautaires

Variables	Points
Homme	Age
Femme	Age - 10
Maison de retraite	+ 10
Cancer évolutif*	+ 30
Hépatopathie chronique	+ 20
Insuffisance cardiaque congestive	+ 10
Maladie cérébro-vasculaire	+ 10
Insuffisance rénale	+ 10
Statut mental altéré**	+ 20
Fréquence respiratoire >30/mn	+ 20
TA systolique <90 mm Hg	+ 15
Température <35°C ou >39°9	+ 10
Pulsations >124/ min	+ 10
PH artériel <7.35	+ 30
Urée plasmatique >10 mMol/L	+ 20
Natrémie <131 mMol/L	+ 20
Glycémie >13 mmol/L	+ 10
Hématocrite <31%	+ 10
PaO2<60 mm Hg***	+ 10
Epanchement pleural	+ 10

* Sauf cancer cutané ** Désorientation, coma ou stupeur ***Ou SaO₂< 90% à l'admission

Interprétation :

CLASSE	I	II	III	IV	V
Points	-	70	71-90	91-130	>130
Réanimation (%)	4	4	6	11	17
Mortalité (%)	0	1	1	9	27

Classe de risque	Score	Site de prise en charge
I-II	<70	Domicile
III	71-90	Hospitalisation brève 72H
IV	91-13	Hôpital
V	>130	Réanimation

Fischl score : Score de gravité d'une crise d'asthme aigu

Paramètres	Score=0	Score=1
Fréquence cardiaque	<120	>120
Fréquence respiratoire	<30	>30
Pouls paradoxal (mmHg)	<18	>18
DEP (L/min)	>120	<120
Dyspnée	Absente ou légère	Modérée ou sévère
Contraction des muscles respiratoires accessoire	Absente ou légère	Modérée ou sévère
Râles sibilants	Absents ou légers	Modérés ou sévères
Total	0	7

Interprétation :

- Le score de Fischl est utilisable pour un âge ≥ 15 .
- Un score total < 4 est en faveur d'une crise d'asthme bénigne ou de moyenne gravité.
- Un score total ≥ 4 est en faveur d'un asthme aigu grave.

Forrest score : Score endoscopique d'une hémorragie digestive haute

Stades	Signes
Ia	Hémorragie active en jet (artérielle)
Ib	Hémorragie active en nappe
IIa	Stigmate d'hémorragie récente: Vaisseau visible
IIb	Stigmate d'hémorragie récente: Thrombus frais
IIc	Stigmate d'hémorragie récente: Caillot adhérent, base noire
III	Lésion sans stigmate d'hémorragie récente

Interprétation :

Aspect	Récidive(%)	Mortalité (%)
Saignement en jet; Vaisseau visible	35	11
Caillot adhérent	10	7
Taches noires	<5	2

Un traitement endoscopique:

- Est Indiqué pour les lésions à haut risque: Forrest Ia, Ib et IIa.
- Est toujours discuté pour Forrest IIb: pousser le caillot et faire un geste d'hémostase si apparaît un saignement actif ou un vaisseau visible.
- Non indiqué pour les patients à faible risque: Forrest IIc et III.

Framingham score: Score de prédiction du risque de survenue d'un accident coronarien à 10 ans

Age

Age	Points	
	Hommes	Femmes
30-34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8

TA

TA systolique	TA diastolique				
Hommes	<80	80-84	85-89	90-99	Y100
<120	0	0	1	2	3
120-129	0	0	1	2	3
130-139	1	1	1	2	3
140-159	2	2	2	2	3
Y160	3	3	3	3	3
Femmes	<80	80-84	85-89	90-99	Y100
<120	-3	0	0	2	3
120-129	0	0	0	2	3
130-139	0	0	0	2	3
140-159	2	2	2	2	3
Y160	3	3	3	3	3

Cholestérol total

Ch. T (mg/dl)	Points	
	Hommes	Femmes
<4.1	-3	-2
4.1-5.1	0	0
5.2-6.2	1	1
6.3-7.1	2	1
Y7.2	3	3

HDL Cholestérol

HDL Ch (mg/dl)	Points	
	Hommes	Femmes
<0.9	2	5
0.9-1.16	1	2
1.17-1.29	0	1
1.3-1.55	0	0
Y1.56	-2	-3

Diabète et tabac

	Hommes	Femmes
Diabète		
Non	0	0
Oui	2	4
Tabac		
Non	0	0
Oui	2	2

Interprétation :

Ce score tient compte de 6 paramètres: Age, tabac, diabète, Ch.T, HDL Ch, TA (systolique, diastolique).
Un score total est obtenu par la somme des points pour chaque paramètre et en fonction du sexe.

Risque de survenue d'un accident coronarien à 10 ans (%)

Totale score	Y-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Y17
Risque (%) H	<2	3	3	4	5	7	8	10	13	16	20	25	31	37	45	Y53	Y53	Y53	Y53	Y53
Risque (%) F	<1	2	2	2	3	3	4	4	5	6	7	8	10	11	13	15	18	20	24	Y27

Très bas risque	<10%
Bas risque	<15%
Risque modéré	15-20%
Haut risque	>20%

Glasgow coma score for adults: Profondeur du coma

Ouverture des yeux: E		Réponse verbale: V		Réponse motrice: M	
Spontanée	4	Orientée	5	A la commande verbale	6
A la commande verbale	3	Confuse	4	Localisée	5
A la douleur	2	Inappropriée	3	Flexion retraits	4
Pas d'ouverture	1	Incompréhensible	2	Flexion décortication	3
		Pas de réponse	1	Extension décérébration	2
				Pas de réponse	1

Interprétation :

C'est le score le plus simple et le plus connu en traumatologie crânienne et en soins intensifs.

Certaines subtilités doivent être connues :

- La méthode de stimulation nociceptive validée est la pression appuyée au niveau sus-orbitaire ou la pression du lit unguéal avec un stylo.
- Le score ne doit pas se résumer à un chiffre, mais à la description des trois composantes du score (ouverture des yeux, réponse verbale et surtout réponse motrice);
- C'est toujours la réponse la plus favorable qui doit être prise en compte.
- Si le patient a reçu des médicaments sédatifs et a fortiori une curarisation, le GCS n'est pas interprétable.
- Le GCS ne doit pas s'appliquer à des patients en état d'éveil.

Glasgow Outcome Scale : Echelle de qualité de survie après AVC ou Trauma Crânien

1	Bonne récupération (pas de séquelles ou séquelles mineures)
2	Incapacité modérée (séquelles mais indépendant)
3	Incapacité sévère (conscient mais dépendant)
4	Etat végétatif
5	Décès

*Glasgow Outcome Scale

Grace* score: Mortalité hospitalière après syndrome coronarien aigu (STEMI ou NSTEMI)

Killip	I	II	III	IV				
	Pts	0	20	39	59			
PAS**	Y80	80-99	100-119	120-139	140-159	160-199	Y200	
Pts	58	53	43	34	24	10	0	
FC***	Y50	50-69	70-89	90-109	110-149	150-199	Y200	
Pts	0	3	9	15	24	38	46	
Age	Y30	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Y200
Pts	0	8	25	41	58	75	91	100
Créat.sg	0-0.39	0.4-0.79	0.8-1.19	1.2-1.59	1.6-1.99	2-3.99	>4	
Pts	1	4	7	10	13	21	28	
Autres FDR****	Arrêt cardiaque a l'admission			Déviation du segment ST		Elévation des enzymes cardiaques		
Pts	39			28		14		

*Global registry of acute coronary events **Pression artérielle systolique ***Fréquence cardiaque ****Facteurs de risques

Interprétation :

Un score total est obtenu par la somme des points pour chaque paramètre.

Mortalité hospitalière et à 6 mois

Risque	Score de Grace	Mortalité hospitalière (%)
Bas	Y108	<1
Intermédiaire	109-140	1-3
Haut	>140	>3
Risque	Score de Grace	Mortalité à 6 mois (%)
Bas	Y88	<3
Intermédiaire	89-118	3-8
Haut	>118	>8

Hamilton score: Probabilité clinique pour les Thromboses veineuses profondes (TVP)

Facteur prédictif	Score
Immobilisation par plâtre de jambe	2
Néoplasie active dans les six derniers mois ou en cours	2
Forte suspicion clinique et absence de diagnostic alternatif	2
Alitement de plus de 3 jours ou chirurgie récente de moins de 4 semaines	1
Sexe masculin	1
Tuméfaction de plus de 3 cm du côté atteint (mesurée 10 cm sous la tubérosité tibiale)	1
Erythème	1

Interprétation :

- Un score <3 probabilité faible de TVP.
- Un score Y3 probabilité élevée de TVP.

HASBLED score : Risque hémorragique sous AVK en cas de FA

Letter	Clinical characteristic	Points
H	Hypertension ≥ 160 mmHg	1
A	Abnormal renal (≥ 200 mmol/L) and liver function (1 point each)	1 or 2
S	Stroke	1
B	Bleeding (antecedents)	1
L	Labile INRs	1
E	Elderly (e.g. age > 65 years)	1
D	Drugs or alcohol (1 point each)	1 or 2

Interprétation :

Un score ≥ 3 indique un risque hémorragique élevé.

ICH* score : Gravité des hémorragies intracérébrales et mortalité prédite associée

Composante	Points
Score de Glasgow	
3–4	2
5–12	1
13–15	0
Volume de l'hématome	
≥ 30 ml	1
< 30 ml	0
Hémorragie ventriculaire	
Oui	1
Non	0
Age (années)	
≥ 80 ans	1
< 80 ans	0
Origine infratentorielle	
Oui	1
Non	0

*Intra-Cerebral Haemorrhage

Interprétation :

Mortalité à 30 jours	
Mortalité à 30 jours (%)	
≥ 5	100
4	97
3	72
2	26
1	13
0	0

IGSA : Score de gravité en préhospitalier (Hors traumatologie)

	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Age (années)					≤45	46-55	56-65	66-75	>75
FC (b/min)	≤180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	<40
PAS** (mmHg)	≤190		150-189		80-149		55-79		<55
T°*** (°C)	≤41	39-40.9		38.5-38.9	36-38.4	34-35.9	32-33.9	30-31.9	<30
FR (c/min)	≤50	35-49		25-34	12-2	10-11	6-7		<5
GCS					13-15	10-12	7-9	4-6	3

*Indice de Gravité Simplifié Ambulatoire **Pression artérielle systolique ***Température

Interprétation :

- L'IGSA est appelé aussi Ambulatory Simplified Acute Physiologic Score (ASAPS).
- Ce score varie de 0 à 24, il compte seulement des variables cliniques. L'IGSA est bien corrélé à la probabilité de survie.

IMRIE score : Gravité des pancréatites aiguës

Item	Pts
Age >55 ans	1
Hyperleucocytose >15000/mm ³	1
Glycémie >10 mmol/L (en dehors du diabète)	1
LDH >600 UI/L (3.5 fois la nle)	1
ASAT >100 UI/L (6 fois la nle)	1
Urée >16 mmol/L	1
Calcémie <2 mmol/L	1
PaO ₂ <60 mmHg	1
Albuminémie <32 g/L	1

Interprétation :

- Score ≤3: pancréatite sévère.
- Une valeur inférieure à 2 indique une quasi certitude de bénignité.

ISS* score : Gravité des traumatisés

Topographies des lésions
Tête et cou
Face
Thorax
Abdomen
Extrémités
Peau

*Injury Severity Score

Cotation des lésions	
Lésion légère	1
Lésion modérée	2
Lésion sévère	3
Lésion grave	4
Pronostic vital en jeu	5
Lésion fatale	6

Interprétation :

- Choisir les 3 topographies des lésions ayant les cotations les plus élevées et les désigner par les lettres A, B et C.

$$ISS = A^2 + B^2 + C^2$$

- Les valeurs d'ISS varient de 1 à 75.
- Un score ISS de plus de 16 points impose le transfert vers un centre de traumatologie.

Killip classification : Importance des signes d'Insuffisance cardiaque post-IDM

Classe	FR*	Galop	Crépitations	PAS**	Vasoconstriction cutanée
Killip I	<20	0	0	Ü100	0
Killip II	Ü20	+	<1/3 inférieur	Ü100	0
Killip III	>20	+	Diffus	Ü100	0
Killip IV	>20	+	Diffus	<100	0

*Fréquence respiratoire en c/min. **Pression artérielle systolique en mmHg.

Interprétation :

La classification de Killip peut présenter un intérêt pour la stratégie d'orientation du patient.

Les classes I ou II de Killip relèvent d'un service d'urgence puis de cardiologie traditionnelle alors que les classes III ou IV nécessitent une orientation en réanimation ou soins intensifs.

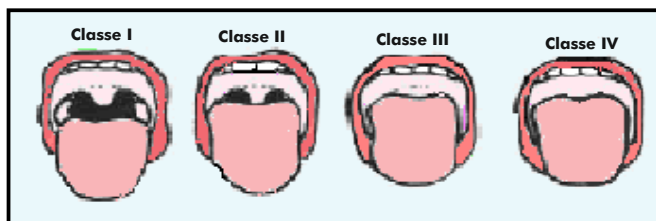
Classe I	Pas de signes d'insuffisance cardiaque
Classe II	Insuffisance cardiaque légère à modérée
Classe III	Insuffisance cardiaque sévère
Classe IV	Choc cardiogénique

Mortalité à 1 et 6 mois selon Killip

Classe Killip	Mortalité (%)	
	1 mois	6 mois
Killip I	9	11
Killip II	14	16
Killip III/IV	15	20

Mallampati score: Degré de difficulté d'une intubation orotrachéale

Classe 1	Toute la luette et les loges amygdaliennes sont visibles
Classe 2	La luette est partiellement visible
Classe 3	Le palais membraneux est visible
Classe 4	Seul le palais osseux est visible



Interprétation :

Les classes 1 et 2 présagent d'une intubation a priori facile, les classes 3 et 4 d'une intubation difficile. D'autres facteurs sont imposants à considérer dans l'évaluation de la difficulté d'une intubation.

Monastir Chest Pain Score (MCPS) : Score de douleur thoracique de Monastir

Variable	Pondération
Age >50 ans	+1
Antécédents de diabète	+1
Antécédents coronaires	+1
Douleur irradiante	+1
Douleur sensible à la trinitrine	+1
Douleur à la palpation	-1
Signes associés (sueurs, vomissement, dyspnée)	+1

Interprétation :

Score	Risque
<2	Faible (Classe 0)
2-4	Intermédiaire (Classe 1)
≥5	Haut (Classe 2)

MGAP* score : Score de gravité en traumatologie

SCORE MGAP	Points
Score de Glasgow (par point)	Score de Glasgow
Pression artérielle systolique	
- 120 mmHg	+5
- 60 à 120 mmHg	+3
- <60 mmHg	0
Trauma fermé (vs pénétrant)	+4
Age <60 ans	+5

*Mécanisme (trauma fermé vs pénétrant), score de Glasgow, Age et Pression artérielle.

Interprétation :

- Ce score varie de 3 à 39.
- Plus le score est élevé, plus le risque est faible.
- Un score >23 est associé à moins de 5% de mortalité.

MPM II* score : Score pronostique général

Paramètres (aide)	pts
Médical ou chirurgical non programmé	1
Cancer métastatique	1
Cirrhose	1
Insuffisance rénale chronique	1
Arrêt Circulatoire avant l'admission	1
Coma (Glasgow 3-5) (aide)	1
Fréquence Cardiaque ≥ 150	1
Pression Art. Systolique ≤ 90 mmHg	1
Insuffisance rénale aigüe	1
Arythmie cardiaque	1
Accident vasculaire cérébral	1
Hémorragie digestive	1
Lésion intra-cérébrale +effet de masse	1
Ventilation mécanique	1
Age	Nb d'années

*Mortality Probability Model

Interprétation :

- Ce score comporte 14 paramètres quottés à 1 point chacun en plus de l'âge.
- Il a été fait pour la prédiction de la mortalité hospitalière à partir de paramètres présents à l'admission.

Patients exclus :

- Age <18 ans
- Brûlés
- Pathologie coronaire aiguë
- Chirurgie cardiaque

NIHS* : Echelle d'évaluation de l'état neurologique
A la phase aigue des AVC

Instructions	Cotation	Score
Niveau de conscience (0-3) Stimulation verbale ou douloureuse du patient (laissé au choix de l'examineur)	Vigilant, réagit vivement.	0
	Répond aux stimuli mineurs	1
	Répond aux stim. répétés ou douloureux	2
	Réponse stéréotypée ou flasque	3
Niveau de conscience (0-2) - « Quel âge avez-vous » - « En quel mois est-on »	Réponses correctes aux deux questions	0
	Une seule bonne réponse ou intubé, ou dysarthrie sévère, ou barrière de langue	1
	Pas de bonne réponse ou aphasique	2
Conscience-commandes (0-2) - « Ouvrez et fermez les yeux » - « Fermez et ouvrez la main » Sur imitation si commande non effectuée	Exécute les 2 ordres correctement	0
	Une bonne réponse	1
	Pas de réponse	2
Oculo-motricité horizontale(0-2) Tester les mouvements horizontaux volontaires et réflexes, sans épreuve calorique (poursuite au doigt): « Suivez mon doigt »	Oculomotricité normale	0
	Déviation conjuguée des yeux pouvant être réduite par une activité volontaire ou réflexe, ou atteinte isolée d'un nerf crânien	1
	Paralysie complète de la latéralité	2
Champ visuel (0-3) Tester le champ visuel par quadrants (supérieurs et inférieurs), en utilisant le comptage des doigts ou, si nécessaire le clignement à la à la menace.	Champ visuel normal	0
	HLH partielle ou extinction visuelle	1
	HLH complète	2
	HLH double ou cécité corticale	3
Paralysie faciale (0-3) « Montrez les dents, levez les sourcils et fermez les yeux » Sur imitation si commande non effectuée ou manoeuvre de Pierre Marie et Foix	Normal	0
	Paralysie faciale (PF) centrale discrète	1
	PF centrale nette (inférieure totale)	2
	Double PF ou PF totale	3

Motricité des membres supérieurs - « Tendez le bras et la main gauche » (0-4) - « Tendez le bras et la main droite » (0-4) pendant 10 secondes	Normal	0
	Résiste à la pesanteur (chute bras avant 10s)	1
	Ne résiste pas (bras touche le lit avant 10s)	2
	Ne lève pas le membre (contraction sans mouvement)	3
	Aucun mouvement	4
Motricité des membres inférieurs - «Tendez la jambe gauche» (à 30°) (0-4) - « Tendez la jambe droite» (0-4) pendant 5 secondes	Normal	0
	Résiste à la pesanteur (chute jambe avant 5s)	1
	Ne résiste pas (jambe touche le lit avant 5s)	2
	Ne lève pas le membre (contraction sans mvt)	3
	Aucun mouvement	4
Ataxie des membres (0-2) - «Mettez l'index sur le nez » - «Mettez le talon sur le genou opposé » Manoeuvre bilatérale	Normal ou impossible car paralysie ou aphasie	0
	Ataxie d'un membre	1
	Ataxie pour 2 membres	2
	Amputation ou blocage articulaire	9
Sensibilité (0-2) Étudier la sensation à la piqûre, ou le retrait après stimulation nociceptive si confus ou aphasique (bras jambe, face tronc, bilatéral)	Normale	0
	Hypoesthésie ou aphasie ou stupeur	1
	Déficit sévère à total	2
Langage (0-3)	Normal	0
	Aphasie, mais communique	1
	Communication quasi-impossible	2
	Aphasie globale, mutisme, ou coma	3
Dysarthrie (0-2)	Articulation normale	0
	Compréhensible	1
	Incompréhensible, anarthrie ou mutisme	2
	Intubation ou obstacle mécanique	9
Extinction ou négligence - Tester la sensibilité simultanée bilatérale. - Tester la perception dans les 2 champs visuels temporaux simultanément. - Rechercher une anosognosie et une négligence visuo-spatiale.	Pas d'extinction ou HLH complète (si pas d'extinction sensitive) et vice et versa ou aphasie et donne impression de percevoir	0
	Extinction à une seule modalité	1
	Extinction pluri-modale, ou négligence visio-spatiale ou anosognosie	2
Score total		

Interprétation :

- Un score inférieur à 10 avant la 3^{ème} heure permet d'espérer 40% de guérison spontanée.
- Un score supérieur à 20 exclut toute possibilité de récupération spontanée.
- Il existe une corrélation entre le score obtenu dans les 24 premières heures et la quantité de tissu infarcté mesurée sur le scanner au septième jour.
- L'échelle du NIH est l'échelle de référence en cas de thrombolyse.

NOC* score : Critères d'indication de la TDM chez les victimes d'un traumatisme crânien mineur (TCM)

Céphalée
Vomissements
Age >60 ans
Intoxication
Amnésie antérograde persistante
Blessure visible au-dessus des clavicules
Convulsions

*New Orleans Criteria

Interprétation :

La présence d'un seul critère justifie la réalisation d'une tomodensitométrie (TDM) chez les patients avec traumatisme crânien mineur (TCM) défini par :

- - Un traumatisme contondant de moins de 24 heures.
- - Un GCS \geq 14.
- - Perte de conscience, amnésie, ou confusion devant témoin.

NYHA score : Score de dyspnée

Stade 1	Aucune gêne fonctionnelle; capacité d'effort normale pour l'âge. Dyspnée pour des efforts importants
Stade 2	Aucune gêne fonctionnelle au repos mais apparaissant pour une activité physique normale
Stade 3	Aucune gêne fonctionnelle au repos mais apparaissant pour une activité physique réduite
Stade 4	Dyspnée apparaissant au moindre effort et/ou au repos

Obri* score : Score du risque hémorragique majeur sous AVK

Variable	Points
Age >65 ans	+1
Antécédent d'AVC	+1
Antécédent d'hémorragie digestive	+1
IDM récent ou Ht <30? ou créat>133 µmol/L ou diabète	+1

*Outpatient bleeding risk index

Interprétation :

Risque hémorragique	
0	Faible (3? à 1an)
1-2	Modéré (8-12? à 1an)
3-4	Elevé (30-48? à 1an)

Scandinavian Stroke Scale (SSS): Evaluation neurologique en phase aiguë des AVC

Items	Score
Vigilance	
- Normale	6
- Somnolence	4
- Réagit à l'ordre verbal	2
Déviation tête et yeux	
- Pas de paralysie du regard	4
- Paralysie du regard	2
- Déviation conjuguée des yeux	0
Force du membre supérieur	
- Normale	6
- Réduite	5
- Flexion du coude	4
- Impossible contre pesanteur	2
- Paralysie	0
Force de la main	
- Normale	6
- Diminuée	4
- Les doigts ne parviennent pas à la paume	2
- Paralysie	0
Force du membre inférieur	
- Normale	6
- Peut soulever la jambe avec une force réduite	5
- Flexion du genou	4
- Impossible contre pesanteur	2
- Paralysie	0
Orientation	
- Normale : temps-espace-personnes	6
- Normale pour 2 items	4
- 1 seul item conservé	2
- Désorientation complète	0

Langage	
- Pas d'aphasie	10.
- Limité ou incohérent	6
- Pas de phrases longues	3
- Limité à oui ou non	0
Paralysie faciale	
- Absente ou douteuse	2
- Présente	0
Marche	
- 5m sans aide	12
- Avec aide	9
- Avec aide d'une personne	6
- Tient assis sans soutien	3
- Au lit ou fauteuil roulant	0
Total	/58

**PRIDE* Acute HF score : Prédiction de l'origine
cardiaque de la dyspnée**

Facteur prédictif	Valeur
NT-proBNP	4
Oedème interstitiel (Rx de Thx)	2
Orthopnée	2
Absence de fièvre	2
Traitement par diurétique de l'anse	1
Age >75 ans	1
Crépitants	1
Absence de toux	1

*ProBNP Investigation of Dyspnea in the Emergency Department

Interprétation

- C'est un score clinique et biologique validé pour exclure la composante cardiogénique de la dyspnée.
- Trois groupes de risque sont ainsi identifiés :

Score	Probabilité
0-5	Faible
6-8	Intermédiaire
9-1	Haut

Ramsey score : Evaluation de l'intensité de la douleur (score de sédation)

Niveau	Réponse
1	Le malade est anxieux, agité
2	Le malade est coopérant, orienté et calme
3	Le malade est capable de répondre aux ordres
4	Le malade est endormi, mais peut répondre nettement à la stimulation de la glabella* ou à un bruit intense
5	Le malade est endormi, et répond faiblement aux stimulations verbales
6	Le malade ne répond pas aux stimulations nociceptives

*Partie lisse de l'os frontal située entre les 2 arcades sourcilières

Interprétation :

- Ce score est simple et facile à réaliser en pratique de routine.
- L'objectif souhaité pour une antalgie: un score U2 chez un patient non ventilé, et U3 si ventilé.

Rankin score : Score mesurant l'handicap après AVC

0	Absence de symptôme
1	Symptômes mineurs sans retentissement sur la vie quotidienne
2	Symptôme ou handicap mineur qui conduit à certaines restrictions dans le mode de vie, mais qui n'interfère pas avec la capacité du patient à se prendre en charge
3	Handicap modéré qui restreint significativement le mode de vie et/ou empêche une existence totalement indépendante
4	Handicap modérément sévère qui empêche clairement une existence indépendante bien que ne nécessitant pas une attention constante
5	Handicap sévère entraînant une dépendance totale et nécessitant une attention jour et nuit

Interprétation :

- Le score de Rankin permet une évaluation globale des activités de la vie quotidienne, mais de sensibilité et de fiabilité moindres que l'index de Barthel.
- Les données peuvent être recueillies même par téléphone ou par courrier, sans avoir besoin de revoir le patient ce qui est moins contraignant et moins coûteux.

Ranson score : Score pronostique pour la pancréatite aiguë

A l'admission	
Age	> 55 ans
Leucocytes	> 16 000/mm ³
LDH	> 1.5xNormale
ASAT	> 6xNormale
Glycémie	> 11 mmol/L
Après 48 heures	
Chute de l'hématocrite	> 10 points
Élévation de l'urée sanguine	> 1.8 mmol/L
Calcémie	< 2 mmol/L
PaO ₂	< 60 mmHg
Chute des Bicarbonates	> 4 meq/L
Séquestration liquidienne	> 6 L*

*Il a fallu perfuser plus de 6 litres de soluté dans les 48 premières heures pour maintenir un équilibre hydro-électrolytique satisfaisant.

Interprétation :

Chaque paramètre est coté 1 lorsqu'il est présent. La pancréatite est considérée sévère si le score est supérieur ou égal à 3.

Nombre de signes	Risque de mortalité (%)
0-2	1
3-4	16
5-6	40
7-8	100

- Le score de Ranson n'a pas d'intérêt au-delà de la 48^{ème} heure d'évolution et ne peut servir d'indice pronostique pour la surveillance de l'évolution.

Rockall score: Score du risque de récidence d'hémorragie digestive haute

Variable	0	1	2	3
Age	<60	60-79	>80	-
Signe de Choc	Absent	Pouls>100 PAS>100	Pouls>100 PAS<100	
Comorbidité	Non	Non	- Cardiopathie ischémique - Insuffisance cardiaque - Toute comorbidité majeure	Insuffisance rénale Insuffisance hépatique Cancer généralisé
Diagnostic fibroscopique	Mallory Weiss, absence de lésion et de stigmates de saignement récent	Autre diagnostic	Lésions malignes	
Signes en faveur d'un saignement récent	Forrest III ou IIc: Absence d'hémorragie, lésions noirâtres de la base de l'ulcère		Forrest Ia, IIa ou IIB: Caillot adhérent visible, vaisseau en cours de saignement	

Interprétation :

C'est un score clinico-biologique pour évaluer le risque d'hémorragie digestive.

- Ce score varie entre 0 et 11 points.
- Score entre 0 et 2= risque bas.
 - Score entre 3 et 4= risque intermédiaire.
 - Score >5= risque élevé.

Score	Mortalité (%)
Score <2	0
Score 3-5	6
Score >6	26

RTS: Score pronostique des victimes traumatiques

Paramètres	Valeur	Score
Fréquence respiratoire (cycles/min)	10-29	4
	> 29	3
	6-9	2
	1-5	1
	0	0
Pression artérielle systolique (mmHg)	> 89	4
	76-89	3
	50-75	2
	1-49	1
	0	0
Score de Glasgow	13-15	4
	9-12	3
	6-8	2
	4-5	1
	3	0

* Revised trauma score

Interprétation :

Le RTS apprécie seulement la fréquence respiratoire, la pression artérielle systolique et le score de Glasgow.

En dessous de 11, la victime nécessite une prise en charge intensive.

Score	12	10	8	6	4	2	0
Mortalité (%)	<1	12	33	37	66	70	>99

San Francisco Syncope Rule : Score pronostique au cours de syncope

Paramètres	Points
ATCD d'insuffisance cardiaque congestive	+1
Hématocrite <30%	+1
ECG anormal	+1
ATCD de dyspnée	+1
PAS < 90mmHg au Triage	+1



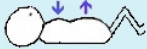
Interprétation :

- Ce score est considéré positif si un des critères est présent. Il évalue le pronostic à court terme (30 1^{er} jours)
- Sa Se pour identifier les complications sévères est de 98% et sa Sp de 56%

Risque	Patients ayant un pronostic grave* dans les 30 jours après une syncope (%)
Bas risque (0 critère)	1
Haut risque (≥1 critère)	15

*Décès, IDM, trouble de rythme, AVC, embolie pulmonaire, anémie sévère.

Silverman score: Evaluation de la fonction respiratoire du nouveau-né à la naissance.

Paramètres	0	1	2
Balancement thoraco-abdominal à l'inspiration	Absent (respiration synchrone) 	Thorax immobile (abdomen seulement se soulève) 	Respiration paradoxale 
Tirage	Absent	Intercoastal discret	Intercoastal+sus et sous sternal
Entonnoir xyphoïdien	Absent	Modéré	Intense
Battement des ailes du nez	Absent	Modéré	Intense
Geignement expiratoire	Absent	Perçu au stéthoscope	Audible continu

Interprétation :

Score	Détresse respiratoire
3-4	Modérée
5-6	Intense
7-8	très intense

Siriraj score: Score de prédiction des accidents vasculaires cérébraux

Variable	Clinical feature	Score
Conscience	Conscient	0
	Somnolent, obnubilé	2.5
	Coma	5
Vomissement	Non	0
	Oui	2
Céphalée (< 2h)	Non	0
	Oui	2
PAD* (mmHg)	Valeur	0.1
Marqueurs d'athérome	Non	0
Diabètes, claudication intermittente ou IDM	Un ou plus	-3
Constant		-12

*Pression artérielle diastolique

Interprétation :

- Un score > +1 indique un AVC de type hémorragique, alors qu'un score < -1 indique un AVC de type ischémique (infarctissement).
- Un score entre -1 et +1 représente un résultat équivoque, incertain, nécessitant un scanner cérébral pour vérifier le diagnostic.

Score	Probabilité
0	Faible
2-1	Moyenne
Ü3	Elevée

TIMI score: Risque de complications au cours d'un SCA

Facteur de risque	Points
Age Ü65 ans	1
>3 facteurs de risque coronaire	1
Cardiopathie ischémique reconnue	1
Prise d'aspirine au cours des 7 derniers jours	1
Douleur angineuse récente	1
Augmentation des enzymes cardiaques	1
Sous décalage de ST >0.5 mm	1
Total des points (0-7)	

Interprétation :

Un score TIMI élevé prédit un plus grand risque de survenue d'événements coronariens (décès, infarctus, revascularisation en urgence).

Score	Mortalité à J 14 (%)
Ü2	8
3-4	20
Ý6	41

Wells score: Probabilité d'une phlébite

Item	Points
Cancer actif (en cours de traitement ou découvert depuis moins de 6 mois ou en traitement palliatif)	+1
Paralysie, parésie, immobilisation plâtrée du membre suspect	+1
Alitement récent de plus de 3 jours ou chirurgie majeure datant de moins de 4 semaines	+1
Douleur localisée sur un trajet veineux profond	+1
Tuméfaction de tout un membre	+1
Tuméfaction unilatérale du mollet de plus de 3 cm par rapport au mollet controlatéral	+1
Oedème prenant le godet	+1
Veines superficielles (non variqueuses) collatérales	+1
Présence d'un diagnostic alternatif au moins aussi probable que celui de la thrombose veineuse profonde	-2

Interprétation :

Score	Probabilité
0	Faible
1-2	Moyenne
≥3	Elevée

Wells score: Probabilité d'une embolie pulmonaire

Item	Points
Cancer évolutif (traitement en cours dans les 6 mois ou soins palliatifs)	+1
Symptômes cliniques de thrombose veineuse	+3
Fréquence cardiaque supérieure à 100/min	+1.5
Immobilisation ou chirurgie dans le mois précédent	+1.5
Antécédent thrombo-embolique veineux	+1.5
Hémoptysie	+1
Absence d'alternative diagnostique	+3

Interprétation :

Score	Probabilité
<2 (prévalence inférieure à 10%)	Faible
2-5 (prévalence de 30 à 40 %)	Intermédiaire
>5 (prévalence supérieure à 60%)	Elevée