

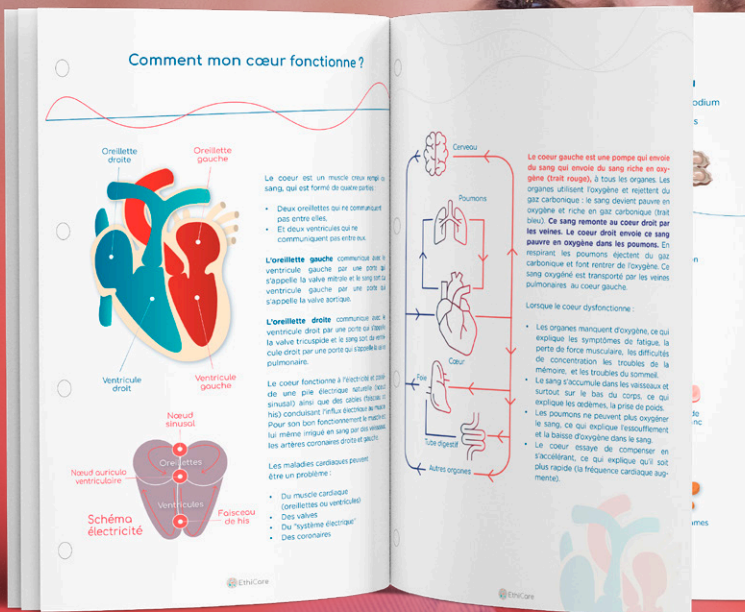
Partag'IC

Livret patient Je me connais par cœur

Ce livret d'information et d'éducation à la santé a été élaboré par un binôme cardiologue / infirmière en pratique avancée (I.P.A.) œuvrant pour l'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

A destination des patients IC, il est remis soit lors de la consultation d'annonce de la maladie par le cardiologue soit lors de la première consultation avec l'I.P.A.

Son remplissage s'effectue en présence du patient. Il lui sert de guide tout au long de sa prise en charge. A ce titre, il a été conçu sous forme de classeur pouvant être amender au fil du temps. Ce livret permet également de faire le lien entre professionnels de santé, acteurs du cercle de soins du patient.



Production : www.ethicare.fr



Porteur :
SALIÈGE Loriane
Infirmière en pratique avancée
lorianesalieg@yahoo.fr

Je me connais par cœur



Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Date / /

Emplacement votre photo / votre logo

Coordonnées des partenaires de santé

(à remplir par le patient)

Mon Médecin traitant : Dr.

Tel :

Mon Cardiologue : Dr.

Tel :

Spécialistes :

Angiologue :

Tel :

Endocrinologue :

Tel :

Néphrologue :

Tel :

Oncologue :

Tel :

Gériatre :

Tel :

Neurologue :

Tel :

H.A.D. (hospitalisation à domicile) :

Tel :

Autre :

Tel :

Paramédicaux :

Pharmacien :

Tel :

Laboratoire d'analyses médicales :

Tel :

.....

Tel :

Infirmier :

Tel :

I.P.A. :

Tel :

Kinésithérapeute :

Tel :

Diététicienne :

Tel :

Psychologue :

Tel :

A.P.A. :

Tel :

Autre :

Tel :

.....

Tel :

.....

Tel :

Mon entourage :

.....

Tel :

.....

Tel :

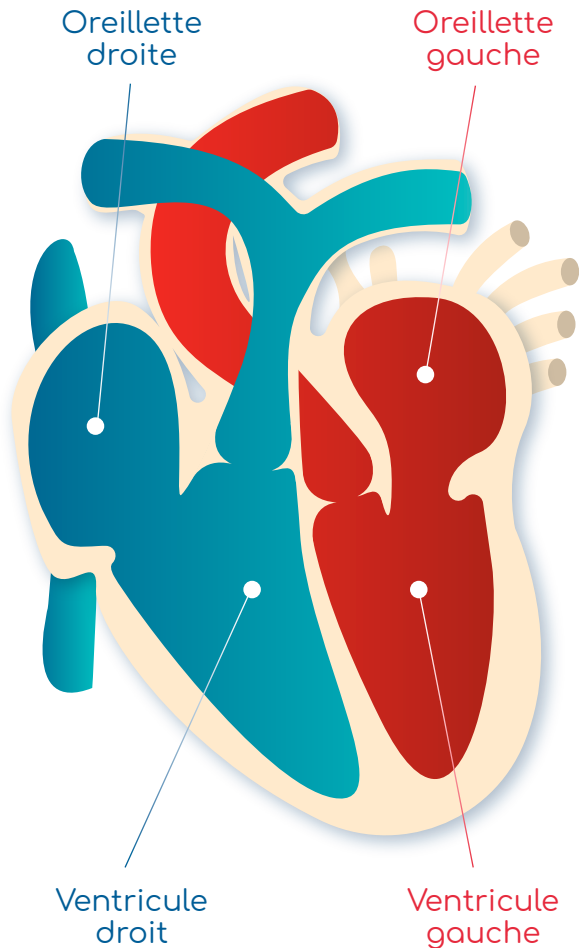
.....

Tel :

.....

Tel :

Comment mon cœur fonctionne ?



Le cœur est un muscle creux rempli de sang, qui est formé de quatre parties :

- Deux oreillettes qui ne communiquent pas entre elles,
- Et deux ventricules qui ne communiquent pas entre eux.

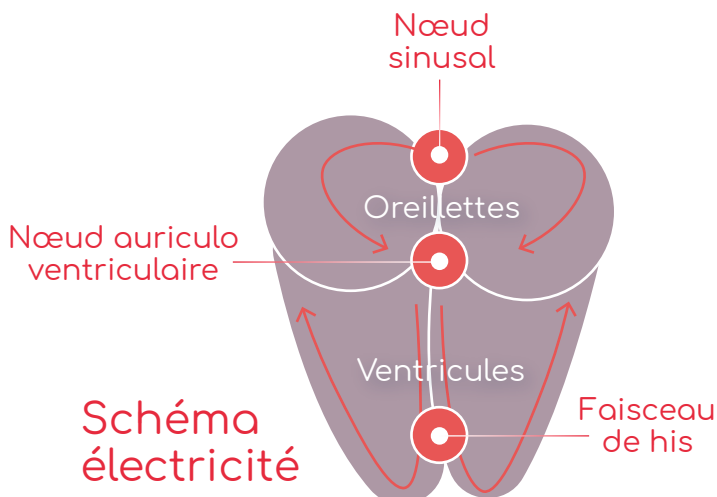
L'oreillette gauche communique avec le ventricule gauche par une porte qui s'appelle la valve mitrale et le sang sort du ventricule gauche par une porte qui s'appelle la valve aortique.

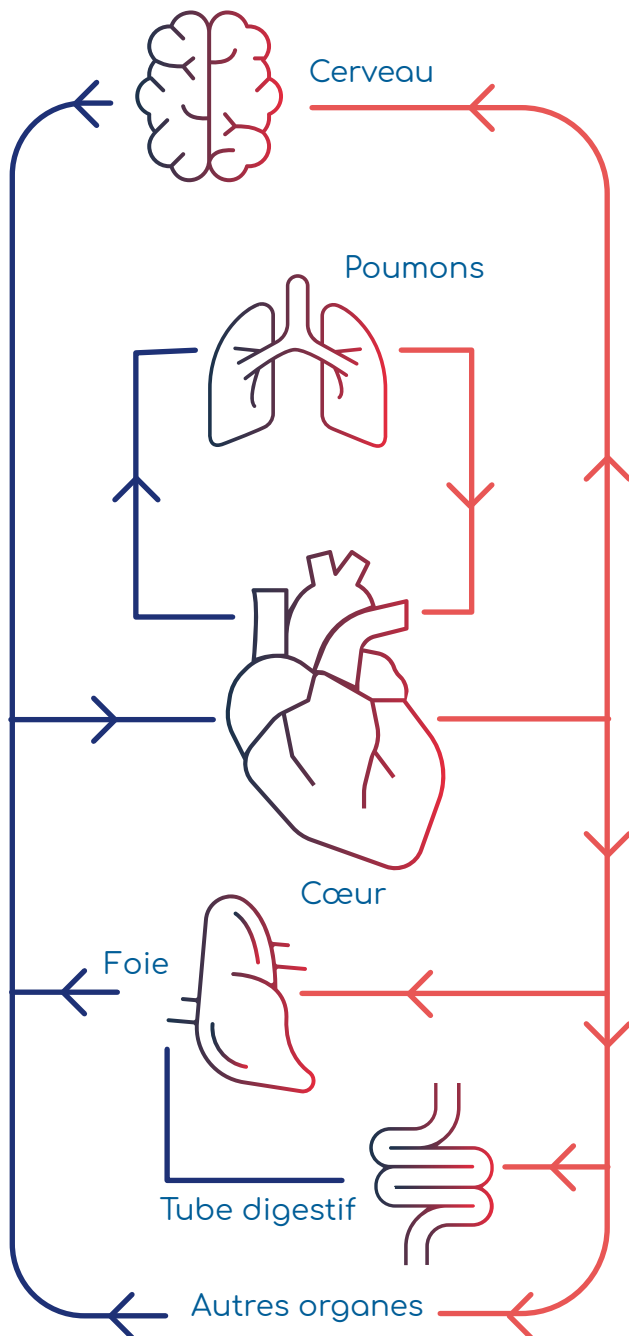
L'oreillette droite communique avec le ventricule droit par une porte qui s'appelle la valve tricuspide et le sang sort du ventricule droit par une porte qui s'appelle la valve pulmonaire.

Le cœur fonctionne à l'électricité et possède une pile électrique naturelle (noeud sinusal) ainsi que des câbles (faisceau de his) conduisant l'influx électrique au muscle. Pour son bon fonctionnement le muscle est lui même irrigué en sang par des vaisseaux, les artères coronaires droite et gauche.

Les maladies cardiaques peuvent être un problème :

- Du muscle cardiaque (oreillettes ou ventricules)
- Des valves
- Du "système électrique"
- Des coronaires





Le coeur gauche est une pompe qui envoie du sang qui envoie du sang riche en oxygène (trait rouge), à tous les organes. Les organes utilisent l'oxygène et rejettent du gaz carbonique : le sang devient pauvre en oxygène et riche en gaz carbonique (trait bleu). **Ce sang remonte au coeur droit par les veines. Le coeur droit envoie ce sang pauvre en oxygène dans les poumons.** En respirant les poumons éjectent du gaz carbonique et font rentrer de l'oxygène. Ce sang oxygéné est transporté par les veines pulmonaires au coeur gauche.

Lorsque le coeur dysfonctionne :

- Les organes manquent d'oxygène, ce qui explique les symptômes de fatigue, la perte de force musculaire, les difficultés de concentration les troubles de la mémoire, et les troubles du sommeil.
- Le sang s'accumule dans les vaisseaux et surtout sur le bas du corps, ce qui explique les œdèmes, la prise de poids.
- Les poumons ne peuvent plus oxygéner le sang, ce qui explique l'essoufflement et la baisse d'oxygène dans le sang.
- Le coeur essaye de compenser en s'accélération, ce qui explique qu'il soit plus rapide (la fréquence cardiaque augmente).

Ce que je dois surveiller ?



Essoufflement

Je respire plus difficilement : je m'essouffle plus que d'habitude, la position allongée est inconfortable



Prise de poids rapide

J'ai pris 2kg ou plus en 3 jours



Œdèmes

Mes deux pieds ou mes chevilles ont augmenté de volume



Fatigue

Je me sens plus fatigué sans cause évidente et le repos n'a pas d'effet



Je contacte un de mes soignants

(mon infirmier, mon médecin, mon IPA, mon cardiologue)

ou le 15 ou le 112



- Si j'ai deux signes sur quatre (*essoufflement, prise de poids, œdèmes, fatigue*)
- Si je présente des douleurs thoraciques
- Si j'ai fait un malaise
- Si j'ai des palpitations

Prévenir tôt et au moindre doute, c'est **éviter que la maladie ne se complique et que mon état ne s'aggrave.**

Ma maladie cardiaque

(à remplir par mon cardiologue)

Diagnostic :

Date du Diagnostic : / /

FEVG : %

Causes de l'IC :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pathologies associées :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Défibrillateur : Oui Non

Modèle d'appareil :

Stimulateur multisite : Oui Non

Modèle d'appareil :

Sondes IRM compatibles : Oui Non

Boitier IRM compatible : Oui Non

Tableau des vaccinations recommandées chez les adultes – 2023

(en dehors des vaccinations réalisées en milieu professionnel) Hors Covid-19

	Vaccins contre :	18-24 ans	25 ans	35 ans	45 ans	65 ans	>65 ans
<i>Recommandations générales</i>	Diphtérie (d), Tétanos (T), Poliomyélite (P)		Rappel dTcaP ou dTP si dernier rappel de dTcaP < 5 ans		Rappel	Rappel	Rappel à 75, 85 ans...
	Grippe					1 dose annuelle	
	Zona					Entre 65 à 74 ans : une dose	
<i>Populations particulières et à risque</i>	Pneumocoque	Pour les adultes à risque élevé d'infection					

Carnet vaccinal

Diphthérie - Tétanos - Poliomyélite

Diphtheria - Tetanus - Polio

Vaccin <i>Vaccine</i>	Date <i>Date</i>	Nom du vaccin <i>Vaccine name</i>
Diphthérie Tétanos Polio		
Diphthérie Tétanos Polio		
Diphthérie Tétanos Polio		
Diphthérie Tétanos Polio		

Pneumocoque

Pneumococcus

Vaccin <i>Vaccine</i>	Date <i>Date</i>	Nom du vaccin <i>Vaccine name</i>
Pneumocoque		
Pneumocoque		
Pneumocoque		

Grippe*Flu*

Vaccin <i>Vaccine</i>	Date <i>Date</i>	Nom du vaccin <i>Vaccine name</i>
Grippe		
Grippe		
Grippe		
Grippe		
Grippe		
Grippe		
Grippe		
Grippe		

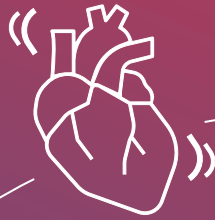
Autres vaccinations*Other vaccinations*

Vaccin <i>Vaccine</i>	Date <i>Date</i>	Nom du vaccin <i>Vaccine name</i>
Covid-19		
Covid-19		
Covid-19		
Covid-19		
.....		
.....		
.....		
.....		

A quoi servent mes médicaments ?

Amélioration du rendement de la pompe cardiaque

.....
.....



Élimination de l'excès de liquide

.....
.....



Fuidifier le sang

.....
.....



Prévention des troubles du rythme cardiaque

.....
.....



Éviter les dépôts de cholestérol

.....
.....



Équilibrer ma tension artérielle

.....
.....



Arrêter de fumer, faire du sport, manger équilibré sont aussi des médicaments !

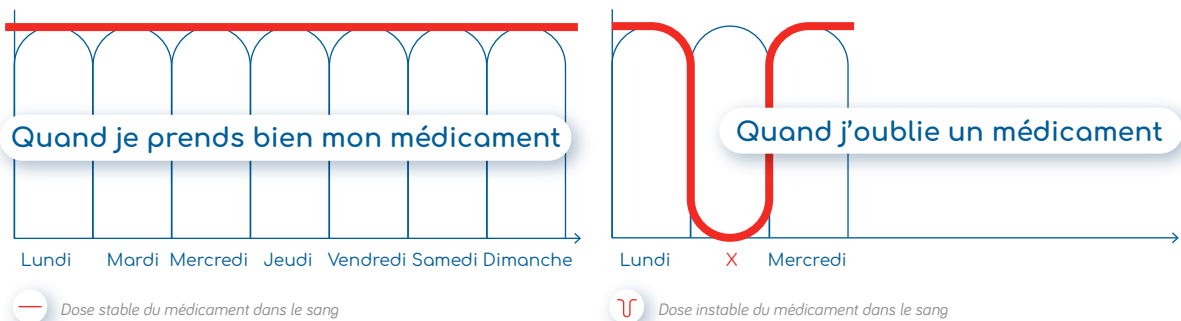
Si j'ai d'autres maladies, j'ai d'autres médicaments à prendre :

.....
.....
.....
.....
.....

Pourquoi bien prendre mes médicaments ?

La maladie cardiaque ne guérit pas car c'est souvent un mode de vieillissement du coeur. Vous aurez donc des médicaments à vie, leur nom et leur nombre peuvent varier dans le temps.

Pour que ces médicaments soient efficaces, il faut que leurs dosages soient stables dans le sang, et il faut les prendre régulièrement.



Comment bien les prendre ?

- **Trouver une routine :** mettre une alarme sur le téléphone, faire un pilulier ou une liste écrite, demander de l'aide à mon infirmier, mon pharmacien, ma famille...
- **Éviter la panne :** vérifier la quantité de médicaments que j'ai pour tenir au moins une semaine

Que faire en cas d'oubli ?

Je prends mon médicament si je n'ai pas dépassé 12H par rapport à la prise manquée. Sinon j'attends la prise du lendemain.

Si je ne supporte pas mes médicaments ?

Je n'arrête pas mon traitement tout seul, j'en parle soit à mon infirmier, à mon médecin, à mon pharmacien, à mon infirmier en pratique avancé (IPA), mon cardiologue.

Je ne prends pas de médicament autre que mon ordonnance, je demande toujours l'avis à mon médecin.

Pourquoi mon médecin, mon IPA me prescrivent des prises de sang ?

Le bilan sanguin permet :

- de surveiller ma maladie cardiaque grâce :
 - au **BNP** (NT-proBNP selon les laboratoires), c'est un marqueur qui augmente quand le cœur a du mal à faire son travail
 - à la **troponine** : c'est un marqueur qui s'élève quand le cœur souffre
 - à la **ferritine** (si elle est basse) ce qui aggrave la maladie cardiaque
 - au **coefficient de saturation de la transferrine**
- de surveiller l'équilibre de mes facteurs de risque comme :
 - mon diabète **glycémie, hémoglobine glyquée**
 - mon cholestérol : **LDL cholestérol** en g par litre (c'est le mauvais cholestérol), c'est celui qui le plus important, c'est le seul pris en compte désormais dans les recommandations). Il représente le gras lié à la graisse animale : celle que l'on mange et celle que l'on fabrique, car oui nous fabriquons du cholestérol, certains plus que d'autres c'est pour cela qu'il faut prendre des médicaments (et le bon cholestérol n'existe pas)
 - mes **triglycerides** : ce sont les graisses liées au sucres. Ils ne se déposent pas sur nos artères mais c'est malgré tout mauvais pour la santé qu'ils soient trop hauts
- de surveiller la tolérance de mes traitements :
 - mon sang : si je prends des traitements qui fluidifient le sang, pour être sûr que je ne saigne pas, on regarde **l'hémoglobine**
 - mon foie : car c'est lui qui élimine les médicaments, pour être sûr qu'il ne souffre pas, on regarde **enzymes hépatiques**
 - mes reins car c'est principalement eux qui aident le cœur en cas d'insuffisance cardiaque : on regarde la **créatinine**. Parfois mon médecin me demande une analyse urinaire pour préciser la fonction des reins

ATTENTION

Je ne m'affole pas si l'ordinateur affiche ces dosages en gras, j'en parle à mon infirmière, mon IPA, mon pharmacien, mes médecins ... ces dosages peuvent varier selon l'âge, la maladie... C'est moi que les médecins soignent et non ma prise de sang, ces dosages aident au diagnostic mais ne font pas tout.

Le bon cholestérol n'existe pas.

Ces dosages varient dans le temps et c'est normal : nous n'avons pas toujours les mêmes résultats.

Je fais mes 3 repas équilibrés par jour



A éviter

- Sel, sel de mer et sel de régime
- Repas rapides
- Hot dog, burger
- Pizza
- Fromage
- Sauces en conserve
- Sauces et assaisonnements
- Chips, biscuits apéritifs
- Jus de légumes
- Bouillon (cubes ou poudre)
- Cornichons, olives
- Mets de restaurants
- Charcuteries, jambon
- Bacon
- Saucisses
- Soupes en conserve
- Repas transformés (surgelés ou conserves)
- Noix salées
- Sauce soja




Préférer

- Fruits frais, congelés ou en conserve
- Poissons
- Viande rôtie, cuite au four, bouillie ou pochée
- Yogourt
- Lait
- Légumes frais ou congelés
- Haricots et légumes en conserve sans sel ajouté ou bien rincés
- Citron, huiles et vinaigres
- Haricots séchés
- Oeufs
- Cacahuètes
- Riz et pâtes
- Épices et herbes
- Oignon et ail
- Soupe maison
- Pain

Le sel et moi

Max 6 grammes de sel / jour

Une pincée de sel = 1 gramme de sel

 = 5 grammes de sel

 = 15 grammes de sel

1gr de sel

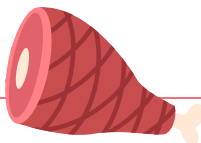
= 400 mg de sodium

= 8 huîtres




3g de sel




2 tranches
de jambon sec

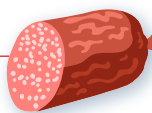

1 plat préparé


1 cube
de bouillon

2g de sel




1/4 de pizza


5-6 tranches de sau-
cisson sec


2 petits paquets
de chips

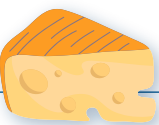
1g de sel




Filets d'anchois
à l'huile



1 petit pain


1 tranche de
jambon blanc



30 g de comté


30 g de brie

- de 1g de sel


1 banane


1 jus d'orange


85 g de pommes
de terre

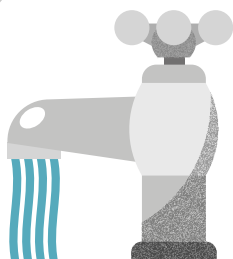
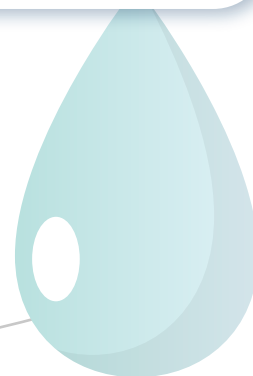
L'eau et moi

Nous avons besoin d'eau pour vivre mais il ne faut pas surcharger le travail du coeur et des reins.

Plus on boit, plus le volume de sang augmente, donc plus le coeur doit pomper. En cas de maladie cardiaque il n'y arrive pas car il est fatigué. Les reins prennent le relais et doivent donc plus éliminer, ce qui peut les fatiguer à leur tour. Contrôler la quantité d'eau permet de protéger le coeur et les reins.

Attention si l'on ne boit pas assez, cela a aussi un effet néfaste sur les reins.

- 🕒 Il faut boire toute la journée.
- ❄️ L'hiver je bois un litre de liquide par jour.
- ☀️ L'été je bois plus et je n'attends pas d'avoir soif, je peux boire un verre toutes les 2 heures dans la journée.



Que puis-je boire ?

Eau de source
ou du robinet



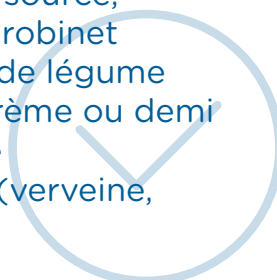
À ÉVITER

- Boissons gazeuses riches en sel
- Jus de fruits sucrés industriels
- Sirops
- Alcool
- Café
- Thé
- Bouillon



À PRÉFÉRER

- Eau de source, eau du robinet
- Soupe de légumes
- Lait écrémé ou demi-écrémé
- Tisane (verveine, tilleul)



Que faire quand on est gourmand ?

- On cuisine des aliments sains, sans trop de sel mais avec du goût.
- On peut utiliser des épices ce qui permet de voyager en même temps.

Et surtout on conserve le plaisir de cuisiner, de manger, de partager un repas.

Exemples de recettes :



Poivrons à la crétoise pour 2 personnes - Ingrédients :

- 2 poivrons
- 250 gr fromage blanc
- 1 oeuf
- Une pincée de sel,
- Une pincée muscade, de poivre
- 1 poignée de Fromage (si je suis gourmand)

Laver les poivrons, les couper en deux et les disposer dans un plat allant au four sur le dos. Battre le fromage blanc, l'oeuf, le sel, la muscade, le poivre. Remplir les poivrons avec la farce, rajouter le fromage pour gratiner. Passer au four à 180°C, pendant 35 à 40 min, suivant votre four. Vous pouvez accompagner le plat avec du riz, des pâtes ou une salade verte.



Croustillant de cabillaud - Ingrédients :

- 2 dos de cabillaud ou autre poisson de préférence sans arrêtes
- 2 feuilles de brick
- Poivre
- 2 cuillères à café de tapenade, ou de ketchup
- Quelques brins de thym
- 10gr de beurre non salé

Disposer au centre de chaque feuille de brick, une cuillère à café de tapenade ou de ketchup. Poser les dos de cabillaud sur le condiment, refermer la feuille de brick et la retourner. Enduire au pinceau le beurre que vous aurez fait fondre au micro-ondes 15 secondes. Enfourner 45 min à 180°C. Vous pouvez accompagner le plat avec du riz, des pâtes, des haricots verts, ratatouille... NB : On ne sale pas car la tapenade et/ou le ketchup sont déjà salés.

Que faire lorsque je suis invité chez des amis ou au restaurant ?

- Il faut conserver le plaisir du partage, ainsi on peut diminuer la portion mais goûter tous les plats de l'hôte.
- Au restaurant, on peut essayer de choisir le plat le plus équilibré, pas d'alcool ou juste un verre.

L'équilibre alimentaire se fait sur plusieurs repas, si j'ai exagéré à un repas, je fais attention aux repas qui suivent voire précédents si j'anticipe la sortie.

Je pratique régulièrement une activité

Le sport d'endurance améliore
ma fonction cardiaque et respiratoire



Marche



Jogging



Natation



Cyclisme



20 à 30 min / jour
1 à 3 fois / semaine

ou

4 x / jour
une activité de 5 min

ou

2 x / jour
une activité de 10 min

Les sports à éviter en l'absence d'une adaptation par un professionnel A.P.A.

Les sports trop intenses, violents et à risque
traumatique tels que : *(après avis de votre cardiologue)*



Badminton



Squash



Tennis



Boxe



Football



Arts martiaux



Basket



Escalade



Volley



Plongée



Rugby

PROGRAMME MATCH

Exemple d'exercices bon pour mon cœur

(Maintenance of Autonomy Through exercise Care during Hospitalization)

Niveau 1

3 x / jour



1 série
10 répétitions



Niveau 2

3 x / jour



1 série 12 répétitions



1 série 12 répétitions



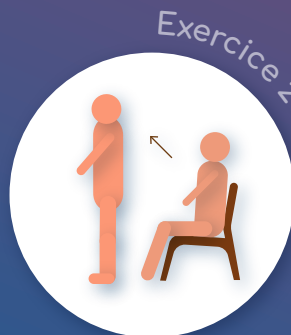
Temps de marche : min

Niveau 3

3 x / jour



2 séries 12 répétitions



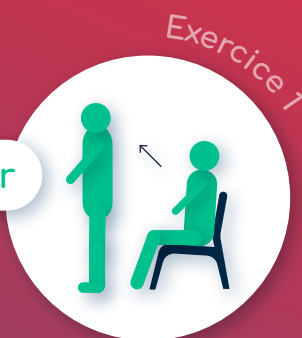
2 séries 12 répétitions



Temps de marche : min

Niveau 4

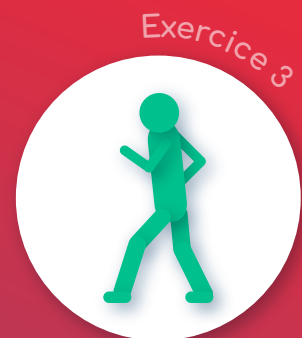
3 x / jour



2 séries 12 répétitions



2 séries 12 répétitions



Temps de marche : min

Niveau 5

3 x / jour



2 séries 12 répétitions



2 séries 12 répétitions



Temps de marche : min

Niveau 6 je combine

3 x / jour



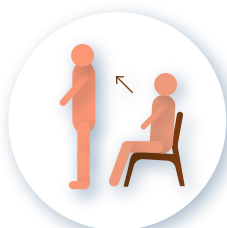
1 série 12 répétitions



1 série 12 répétitions



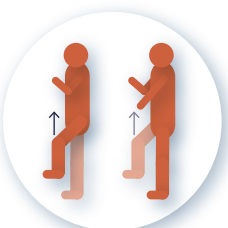
2 séries 12 répétitions



2 séries 12 répétitions



2 séries 12 répétitions



Je me fais accompagner

ASSOCIATIONS

Association des maladies cardiaques :

<https://www.associationdemaladescardiaques.com/>

Vivre avec ma maladie cardio-vasculaire :

<https://www.vivre-avec-ma-maladie-cardiovasculaire.fr/se-soigner/associations-de-patients-pour-mieux-vivre-avec-sa-maladie-cardiovasculaire/>

Fédération Française de Cardiologie

<https://www.fedecardio.org/>

Club coeur et santé :

Ma région : <https://languedoc-roussillon.fedecardio.org/les-clubs-coeur-et-sante-de-votre-region/>

Nîmes : <https://www.fedecardio-lr.com/club-coeur-sante-nimes/>

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Je peux bénéficier d'un accompagnement par un psychologue, je me rends au CMP ou je prends rendez-vous auprès d'un praticien référencé.

Je peux bénéficier d'aides

Les soins liés à ma maladie sont pris en charge à 100% :

- Je prends rendez-vous chez mon médecin traitant pour pouvoir en bénéficier

Je peux bénéficier avec l'accord de mon médecin ou cardiologue, de prise en charge de transport pour me rendre à mes consultations et examens médicaux :

- Je fais mes courses, je peux me rendre à mes rendez-vous sans solliciter un bon de transport

Je peux souscrire à la complémentaire santé solidaire si mes ressources sont modestes :

- Vous pouvez contacter votre assurance maladie depuis votre compte
- Vous pouvez envoyer une demande par courrier à votre assurance maladie
- Vous pouvez contacter l'assistante sociale proche de chez vous (CCAS) afin qu'elle vous aide dans les démarches

Si je suis hospitalisé, ma complémentaire santé peut selon mon contrat m'aider à financer des aides en sortie d'hospitalisation :

- Je contacte ma complémentaire pour connaître mes droits
- Je demande à voir l'assistante sociale lors de mon hospitalisation

Ma caisse de retraite peut financer une partie des aides à domicile (aide-ménagère, auxiliaire de vie) :

- Je contacte ma caisse de retraite pour connaître mes droits
- Je demande à voir l'assistante sociale lors de mon hospitalisation

Vous pouvez, sous conditions d'âge et de perte d'autonomie obtenir l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :

- Je retire le dossier au conseil départemental ou je me rapproche de l'assistante sociale (CCAS)
- Je fais remplir le certificat médical chez mon médecin traitant ou auprès de l'IPA du cabinet de cardiologie

Vous pouvez bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sous conditions d'incapacité, d'âges et de ressources :

- J'en parle à mon médecin traitant
- Je me rapproche de l'assistante sociale (CCAS)

Je suis l'aidant, puis je bénéficier d'aides ?

DROIT AU RÉPIT

Il permet de financer un accueil de jour ou d'hébergement temporaire en EHPAD.

LE CONGÉ DU PROCHE AIDANT (CPA)

Permet à un salarié de cesser son activité professionnelle pour s'occuper d'une personne handicapée ou d'une personne âgée dépendante.

LE CONGÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE (CSF)

Intervient lorsque la personne aidée est en fin de vie ou que son pronostic vital est en jeu. Il s'agit d'un congé sans solde d'une durée maximum de 3 mois renouvelable une fois. Le maintien de l'emploi du proche aidant est assuré.

LE CONGÉ DE PRÉSENCE PARENTALE (CPP)

Permet au salarié ou au fonctionnaire de cesser son activité professionnelle afin de s'occuper d'un enfant à charge, dont l'état de santé requiert une présence soutenue et des soins contraignants. Il est attribué pour une durée maximale de 310 jours, à prendre dans un délai maximum de 3 ans. Ce congé n'est pas rémunéré, toutefois son bénéficiaire peut prétendre au versement de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

**D'autres aides peuvent être apportées,
pour faire le point je me rapproche de l'assistante
sociale proche de chez moi.**

Ma surveillance quotidienne

(à remplir par le patient, ma famille, mon infirmier)

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Ma surveillance quotidienne

(à remplir par le patient, ma famille, mon infirmier)

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Ma surveillance quotidienne

(à remplir par le patient, ma famille, mon infirmier)

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Ma surveillance quotidienne

(à remplir par le patient, ma famille, mon infirmier)

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Ma surveillance quotidienne

(à remplir par le patient, ma famille, mon infirmier)

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Ma surveillance quotidienne

(à remplir par le patient, ma famille, mon infirmier)

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Ma surveillance quotidienne

(à remplir par le patient, ma famille, mon infirmier)

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Ma surveillance quotidienne

(à remplir par le patient, ma famille, mon infirmier)

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Semaine du :

Essoufflement		Poids et constantes	Œdèmes des jambes	Fatigue	Palpitations
A l'extérieur	A la maison	Poids : Poids : TA : FC : Saturation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pas de fatigue Moyenne-ment fatigué Très fatigué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Marche rapide <input type="radio"/> Promenade	<input type="radio"/> Ménage <input type="radio"/> Déplacements <input type="radio"/> Parole <input type="radio"/> Repos				

Ma consultation au cabinet de cardiologie

(à remplir par le cardiologue et/ou l'IPA)

Consultation réalisée par :
Le : / / **FEVG :** %

Anamnèse : (motif consultation) résumé dernière consultation

.....

Antécédents : Recherche apnée du sommeil (dépistage Berlin)

.....

Allergies :

Activité physique adaptée :

Fragilité :

.....

Vaccinations :

.....

Plan d'aide :

.....

Interrogatoire :

.....

.....

Pression artérielle	Fréquence cardiaque	Saturation	Poids <small>(prise de poids à quantifier)</small>	Œdèmes des membres inférieurs	Hypotension orthostatique Couché : Debout :

Auscultation :

.....

.....

Échelle de la Dyspnée : score de 0 à 10

NYHA :

ECG :

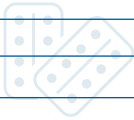

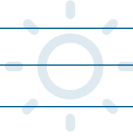


NT

Hémoglobine	Créatinine	Hba1c	Ferritine	TSH	NT-ProBNP	Albumine
Plaquettes	DFG	Glycémie à jeun	Coefficient de saturation en transferrine	CRP	Potassium/sodium	Préalbumine


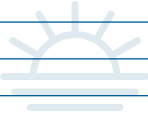



TGO. TGP. GGT

LDL.

Mon traitement actuel :

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher
				

Mon traitement en fin de consultation :

Médicament s	Matin	Midi	Soir	Coucher
				

Conclusion

Récapitulatif :

.....
.....

Stabilité :

Examens complémentaires demandés :

.....
.....

Surveillance :

.....
.....

À faire avant ma prochaine consultation :

.....
.....

.....
.....

PROCHAIN RENDEZ VOUS AU CABINET DE CADIOLOGIE LE : / /

AVEC :

Ma consultation au cabinet de cardiologie

(à remplir par le cardiologue et/ou l'IPA)

Consultation réalisée par :

Le : / / FEVG : %

Anamnèse : (motif consultation) résume dernière consultation

.....

Antécédents : Recherche apnée du sommeil (dépistage Berlin)

.....

Allergies :

Activité physique adaptée :

Fragilité :

.....

Vaccinations :

.....

Plan d'aide :

.....

Interrogatoire :

.....

.....

.....

Pression artérielle	Fréquence cardiaque	Saturation	Poids <small>(prise de poids à quantifier)</small>	Œdèmes des membres inférieurs	Hypotension orthostatique
					Couché : Debout :

Auscultation :

.....

.....

Échelle de la Dyspnée : score de 0 à 10

NYHA :

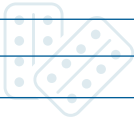
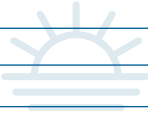
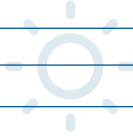


ECG :

Hémoglobine	Créatinine	Hba1c	Ferritine	TSH	NT-ProBNP	Albumine
Plaquettes	DFG	Glycémie à jeun	Coefficient de saturation en transferrine	CRP	Potassium/sodium	Préalbumine


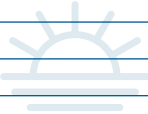



TGO. TGP. GGT

LDL.

Mon traitement actuel :

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher
				

Mon traitement en fin de consultation :

Médicament s	Matin	Midi	Soir	Coucher
				

Conclusion

Récapitulatif :

.....
.....

Stabilité :

Examens complémentaires demandés :

.....
.....

Surveillance :

.....
.....

À faire avant ma prochaine consultation :

.....
.....

.....
.....

PROCHAIN RENDEZ VOUS AU CABINET DE CADIOLOGIE LE : / /

AVEC :

Ma consultation au cabinet de cardiologie

(à remplir par le cardiologue et/ou l'IPA)

Consultation réalisée par :
Le : / / **FEVG :** %

Anamnèse : (motif consultation) résume dernière consultation

.....

Antécédents : Recherche apnée du sommeil (dépistage Berlin)

.....

Allergies :

Activité physique adaptée :

Fragilité :

.....

Vaccinations :

.....

Plan d'aide :

.....

Interrogatoire :

.....

.....

Pression artérielle	Fréquence cardiaque	Saturation	Poids <small>(prise de poids à quantifier)</small>	Œdèmes des membres inférieurs	Hypotension orthostatique Couché : Debout :

Auscultation :

.....

.....

Échelle de la Dyspnée : score de 0 à 10

NYHA :

ECG :

.....

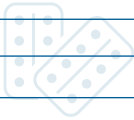

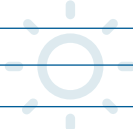


Hémoglobine	Créatinine	Hba1c	Ferritine	TSH	NT-ProBNP	Albumine
Plaquettes	DFG	Glycémie à jeun	Coefficient de saturation en transferrine	CRP	Potassium/sodium	Préalbumine

TGO. TGP. GGT


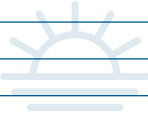
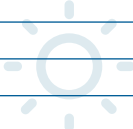


LDL.

.....

Mon traitement actuel :

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher
				

Mon traitement en fin de consultation :

Médicament s	Matin	Midi	Soir	Coucher
				

Conclusion

Récapitulatif :

.....
.....

Stabilité :

Examens complémentaires demandés :

.....
.....

Surveillance :

.....
.....

À faire avant ma prochaine consultation :

.....
.....

.....
.....

PROCHAIN RENDEZ VOUS AU CABINET DE CADIOLOGIE LE : / /

AVEC :

Ma consultation au cabinet de cardiologie

(à remplir par le cardiologue et/ou l'IPA)

Consultation réalisée par :

Le : / / FEVG : %

Anamnèse : (motif consultation) résume dernière consultation

.....

Antécédents : Recherche apnée du sommeil (dépistage Berlin)

.....

Allergies :

Activité physique adaptée :

Fragilité :

.....

Vaccinations :

.....

Plan d'aide :

.....

Interrogatoire :

.....

.....

.....

Pression artérielle	Fréquence cardiaque	Saturation	Poids <small>(prise de poids à quantifier)</small>	Œdèmes des membres inférieurs	Hypotension orthostatique
					Couché : Debout :

Auscultation :

.....

.....

Échelle de la Dyspnée : score de 0 à 10

NYHA :

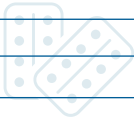
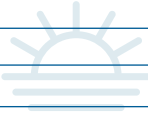
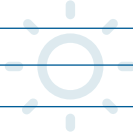


ECG :

Hémoglobine	Créatinine	Hba1c	Ferritine	TSH	NT-ProBNP	Albumine
Plaquettes	DFG	Glycémie à jeun	Coefficient de saturation en transferrine	CRP	Potassium/sodium	Préalbumine


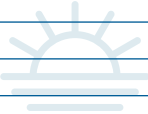



TGO. TGP. GGT

LDL.

Mon traitement actuel :

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher
				

Mon traitement en fin de consultation :

Médicament s	Matin	Midi	Soir	Coucher
				

Conclusion

Récapitulatif :

.....
.....
.....

Stabilité :

Examens complémentaires demandés :

.....
.....
.....

Surveillance :

.....
.....
.....

À faire avant ma prochaine consultation :

.....
.....
.....

.....
.....

PROCHAIN RENDEZ VOUS AU CABINET DE CADIOLOGIE LE : / /

AVEC :