

MON CARNET DE SUIVI

après mon hospitalisation
pour décompensation cardiaque



MON CARNET DE SUIVI

Ce carnet, remis en fin d'hospitalisation, me donne toutes les informations utiles sur l'insuffisance cardiaque pour m'aider à mieux vivre avec cette maladie. C'est aussi un outil précieux de coordination entre les professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

- ⇒ Je pense à le présenter à mon infirmière à chaque visite.
- ⇒ Je l'emporte en consultation pour que chaque professionnel de santé puisse prendre connaissance de son contenu, y inscrire ses observations et échanger sur mon état de santé.
- ⇒ Je l'emporte aussi en vacances ou si je me rends aux urgences.
Ce sera une aide précieuse pour les professionnels de santé qui me prendront en charge.

SOMMAIRE

| | |
|-----------------------|------|
| Numéros utiles | p.5 |
| État de santé général | p.6 |
| Éléments de liaison | p.10 |

MES RENDEZ-VOUS

| | |
|--|------|
| Mes rendez-vous avec mon médecin traitant | p.11 |
| Mes rendez-vous avec mon infirmière référente (CPTS) | p.12 |
| Mes rendez-vous avec mon infirmière libérale | p.13 |

MON SUIVI

p.14

JE M'INFORME

| | |
|---|------|
| J'apprends à connaître ma maladie | p.17 |
| J'identifie les aliments et leur teneur en sel | p.25 |
| J'exerce une activité physique, c'est bon pour mon cœur | p.32 |
| Mon traitement contre l'insuffisance cardiaque | p.34 |
| Comment bien prendre mes médicaments | p.37 |

JE ME SURVEILLE

| | |
|----------------------------------|------|
| Je me pèse deux fois par semaine | p.39 |
|----------------------------------|------|

MON SUIVI MÉDICAL

| | |
|--|------|
| Les deux premiers mois après mon retour à domicile | p.55 |
| Le tableau de surveillance par mon infirmier(e) les 2 premiers mois | p.56 |
| Le tableau de surveillance par mon infirmier(e) les 3^{ème} et 6^{ème} mois | p.62 |

SI VOUS TROUVEZ CE CARNET MERCI DE L'ENVOYER À MON ADRESSE. IL CONTIENT DES INFORMATIONS VITALES POUR MA SANTÉ.

| | |
|--------------------------|-------|
| Prénom : | Nom : |
| Adresse : | |
| Ville : | CP : |
| ✉ Mail : | |
| ☎ | ☎ |
| N° de sécurité sociale : | |
| Mutuelle : | |

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

| | |
|----------|-------|
| Prénom : | Nom : |
| ☎ | ☎ |

NUMÉROS UTILES



| | |
|---|---------------------|
| Mon médecin traitant | Mon infirmier(e) |
| Mon cardiologue | Mon pharmacien |
| Mon cardiologue hospitalier | Autre professionnel |
| Mon aidant familial (mon plus proche parent ou amis) | Autre professionnel |
| Service d'aide à domicile | |

15 SAMU

112 depuis un téléphone portable

18 POMPIERS

ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL

En dehors des informations liées à l'hospitalisation, le médecin et l'infirmière apportent ici tous les éléments qu'ils jugent utiles pour la prise en charge du patient et la coordination des soins.

| ANTÉCÉDENTS ET PATHOLOGIES INTERCURRENTES | VACCINATIONS |
|---|--|
| ..... ..... ..... ..... ..... | Vaccin : fait le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Vaccin : fait le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Vaccin : fait le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Vaccin : fait le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Vaccin : fait le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| TRAITEMENTS | AUTRES |
| | |
| TRAITEMENTS LIÉS À D'AUTRES PATHOLOGIES | ..... ..... ..... ..... ..... |

ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL SUITE

| ANTÉCÉDENTS ET PATHOLOGIES INTERCURRENTES | VACCINATIONS |
|--|--|
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>Vaccin : fait le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Vaccin : fait le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Vaccin : fait le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Vaccin : fait le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Vaccin : fait le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> |
| TRAITEMENTS | AUTRES |
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| TRAITEMENTS LIÉS À D'AUTRES PATHOLOGIES | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

MES RENDEZ-VOUS AVEC MON INFIRMIÈRE RÉFÉRENTE (CPTS)

Dans le cadre du retour à domicile, l'infirmière référente va s'occuper de la coordination de mon parcours de soin :

Mon suivi avec mon infirmière référente CPTS :

Je note mes rendez-vous.

Le à h.....

MES RENDEZ-VOUS AVEC MON INFIRMIÈRE LIBÉRALE

Dans le cadre du retour à domicile, l'infirmière libérale va s'occuper du suivi de mon insuffisance cardiaque :

Mon suivi avec mon infirmière libérale :

Je note mes rendez-vous.

Le à h.....

MON SUIVI

Faites remplir la fréquence de suivi et les examens à amener à chaque consultation par vos spécialistes.

| SPÉCIALISTE | COORDONNÉES | FRÉQUENCE | EXAMENS À MENER | DATE ET HEURE DU PROCHAIN RENDEZ-VOUS (En cas d'impossibilité, merci d'appeler pour annuler ou reporter) | | | | |
|----------------------------------|-------------|-----------|-----------------|---|--|--|--|--|
| CARDIOLOGUE Dr | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| PNEUMOLOGUE Dr | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| DIABÉTOLOGUE Dr | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| NÉPHROLOGUE Dr | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| OPHTALMOLOGUE Dr | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Dr | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Dr | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

J'APPRENDS À CONNAÎTRE MA MALADIE

1 · Qu'est-ce que l'insuffisance cardiaque ?

On parle d'insuffisance cardiaque lorsque le cœur n'assure plus correctement son travail de « pompe » soit parce qu'il se contracte mal (on parle d'insuffisance systolique), soit parce que, trop épais et rigide, il se remplit mal (on parle d'insuffisance cardiaque diastolique ou à fraction d'éjection préservée).

Dans les deux cas :

- ⇒ **La circulation du sang devient insuffisante** pour apporter l'oxygène et les éléments nutritifs nécessaires au bon fonctionnement des organes ;
- ⇒ **Le cœur** tente de compenser cette insuffisance en accélérant ses battements et en augmentant de volume. Mais ce surcroît de travail contribue à le fatiguer encore plus.

Avec l'insuffisance cardiaque, les reins reçoivent moins de sang, ce qui entraîne une moins bonne élimination du sel, responsable de rétention d'eau.

Cette rétention se traduit par une accumulation de liquides dans les tissus, principalement dans les poumons, le foie et les jambes.

Des symptômes tels que l'essoufflement à l'effort (ou au repos dans les formes les plus sévères) ou des oedèmes (gonflement des jambes) peuvent alors apparaître. La rétention d'eau entraîne une augmentation du poids.

Les causes les plus fréquentes de l'insuffisance cardiaque sont :

- ⇒ **La crise cardiaque** (ou infarctus du myocarde) qui détruit une partie du muscle cardiaque;
- ⇒ **L'hypertension artérielle.**

Mais il existe de nombreuses autres maladies du cœur (les cardiomyopathies) qui empêchent son bon fonctionnement et peuvent conduire à l'insuffisance cardiaque.

JE M'INFORME SUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

En apprenant à connaître cette maladie, **je comprends comment mieux vivre avec.**

Les pages qui suivent me donnent les informations et les conseils essentiels pour améliorer mon quotidien.

J'y trouve également des éléments qui m'aident à dialoguer avec mon médecin traitant et mon infirmier(e).

2 · Qu'est-ce que la décompensation cardiaque ?

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique qui peut rester stable sans parfois causer de gêne importante dans la vie courante.

Elle peut aussi s'aggraver de manière plus ou moins soudaine, sous forme de poussée : **c'est la décompensation cardiaque.**

Il est important de savoir reconnaître au plus tôt les premiers signes de la décompensation (voir pages suivantes) et d'alerter son médecin pour en limiter la gravité et éviter une réhospitalisation.

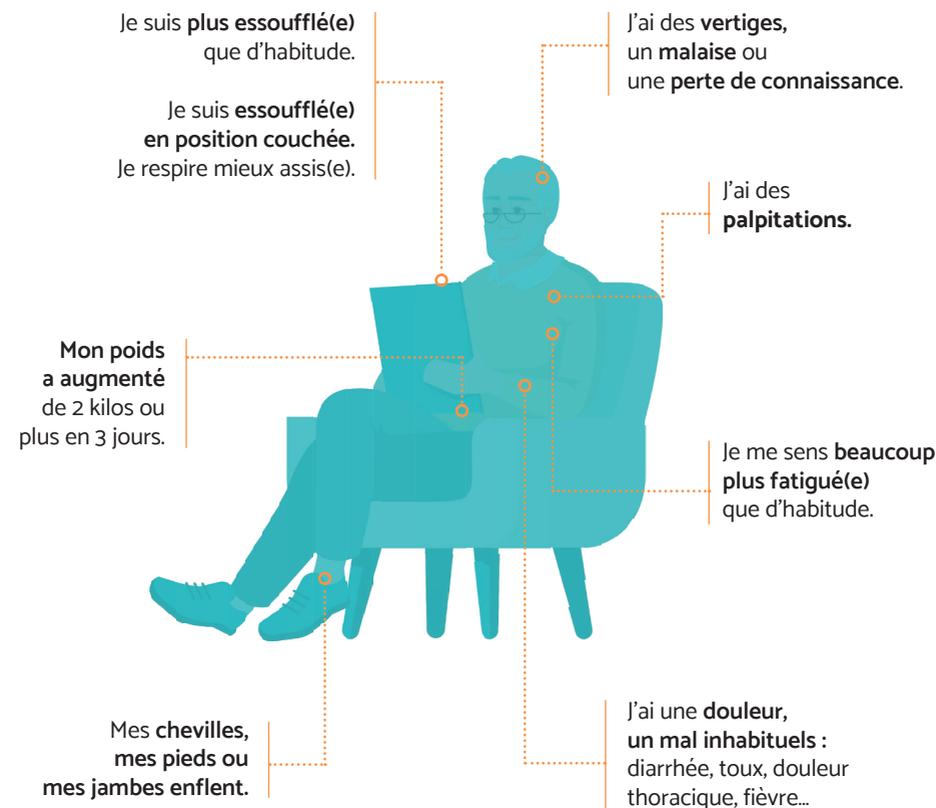
Je n'hésite pas à en parler avec mon médecin traitant ou mon infirmier(e) pour en savoir plus.



Les renseignements qui suivent ne remplaceront bien sûr jamais les conseils personnalisés de mon médecin ou de mon cardiologue. Je n'hésite pas à noter mes questions et à les poser lors de ma prochaine consultation.

3 · Je reconnais les signes d'alertes

J'appelle immédiatement mon médecin traitant dans chacune de ces situations :



Contacté immédiatement mon médecin ou un service d'urgence (15 ou 112 d'un portable) peut permettre d'instaurer un traitement d'urgence et d'éviter éventuellement une réhospitalisation. Prévenir tôt et au moindre doute, c'est éviter que la maladie ne se complique et que mon état ne s'aggrave.

Pour détecter les signes avant-coureurs de décompensation dès leur apparition, je compare chaque jour mon état de santé à celui de la veille en m'aidant de ce tableau présentant les principaux éléments qui doivent m'alerter et me faire réagir.

| JE REPÈRE... | COMMENT | QUAND | J'APPELLE MON MÉDECIN TRAITANT DÈS QUE ... |
|--|--|---|---|
| ...une variation de poids | Je me pèse avec la même tenue vestimentaire en utilisant la même balance. | Chaque 2 jours, à jeun, après avoir uriné. | ...j'ai pris 2 kg ou plus en 3 jours. |
| ...un oedème (accumulation de liquides sous la peau se traduisant par un gonflement diffus). | <p>Je constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ un gonflement de mes pieds, chevilles ou jambes et/ou ⇒ que mes chaussures ou mes chaussettes me serrent plus que d'habitude. <p>Je me teste :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ j'appuie quelques secondes avec mon doigt sur mon pied et ma cheville et repère s'il laisse un creux. | Chaque jour à n'importe quel moment. | ...mes deux pieds ou mes chevilles ont augmenté de volume. |
| ...une gêne respiratoire | <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Je manque de souffle en parlant ou pour un effort qui ne me gênait pas auparavant, ⇒ j'ai besoin d'un oreiller supplémentaire pour dormir, ⇒ j'ai besoin de me mettre assis(e) pour dormir, ⇒ je me mets brutalement à tousser. | À tout moment (lors d'une activité comme au repos). | ...je respire plus difficilement : je m'essouffle plus que d'habitude, la position allongée est inconfortable... |
| ...une fatigue intense | <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Je constate une fatigue plus importante pour les activités habituelles et / ou ⇒ j'ai besoin de me reposer plus souvent. | Tous les jours. | ...je me sens plus fatigué(e) sans cause évidente et le repos n'a pas d'effet. |

4 · Je surveille le contenu en sel de mon alimentation

Le sel que je consomme en mangeant contient du sodium. Or l'excès de sodium peut être dangereux en cas d'insuffisance cardiaque car il augmente la rétention d'eau. C'est pourquoi il est important d'adopter au quotidien, une alimentation pauvre en sel adaptée à mon état de santé.

Pourquoi une alimentation peu salée ?

Le sodium retient l'eau dans l'organisme. Mon coeur, déjà fatigué, doit travailler davantage pour éliminer cet excès d'eau. L'équipe médicale a déterminé, en fonction de mon état de santé précis, la quantité de sel que je peux consommer par jour (**voir ma dose maximale de sel / jour inscrite page 1**). À titre indicatif, pour une alimentation peu salée, il est recommandé de consommer au maximum 6 grammes de sel par jour.

Dans quoi trouve-t-on du sel ?

Le sel ajouté en cuisinant ou dans l'assiette ne représente, en moyenne, que 20 % de la consommation quotidienne en sel.



Mais il y en a beaucoup dans les produits alimentaires (notamment les charcuteries, fromages, conserves et plats cuisinés) qui représentent environ 80% de notre consommation de sodium. Là, le sel peut être présent à l'état naturel et / ou ajouté à la fabrication. Il faut aussi savoir que le sodium est présent dans le bicarbonate de sodium, la levure chimique et les médicaments effervescents.

i Je ne remplace pas, sans avis médical, mon sel par du « sel de régime » : celui-ci contient du potassium dont la consommation peut entraîner des troubles graves.

5 · Que faire en pratique ? Je sélectionne mes achats

Quand je fais mes courses, je limite l'achat des produits riches en sel. De manière générale :

Je privilégie les aliments frais ou congelés, non préparés car ils contiennent moins de sel.



Je peux m'aider des pages suivantes pour identifier et limiter l'achat des produits riches en sel.

J'évite les plats cuisinés industriels, les aliments transformés et les conserves.



Sur les articles, **je consulte les étiquettes indiquant les teneurs en sel (NaCl) ou sodium (Na)** pour choisir les moins salés.

L'eau plate est en général très peu salée. Si je bois de l'eau en bouteille, j'évite les eaux gazeuses bicarbonatées riches en sodium.



Là encore, **je consulte l'étiquette des eaux** pour sélectionner une eau pauvre en sel, inférieure à 50 mg de NaCl / l.

6 · Cuisiner avec moins de sel

Je supprime le sel de cuisine à la cuisson car il est impossible de mesurer la quantité de sel que je vais ingérer.

- ⇒ Je cuisine en sélectionnant des condiments naturellement pauvres en sel : oignon, ail, échalote, vinaigre...
- ⇒ Pour apporter du goût aux plats, je peux ajouter des herbes aromatiques : feuilles de coriandre, persil, cerfeuil, ciboulette, thym, estragon, basilic... qui peuvent être utilisées fraîches, surgelées ou lyophilisées.
- ⇒ Les épices relèveront aussi la saveur de ma cuisine : poivre, cumin, paprika, muscade... Mais mieux vaut se méfier des mélanges d'épices déjà préparés dans la mesure où ils peuvent contenir du sel.
- ⇒ J'évite les assaisonnements riches en sel : sauce soja, moutarde, vinaigrette toute prête, cubes pour bouillon...



Je reste bien sûr vigilant(e) dans ma consommation de sel lorsque je prends un repas chez des amis ou au restaurant. Pour autant, je n'arrête pas ma vie sociale.

7 · Adopter de bonnes habitudes à table

Pour éviter les mauvais réflexes, je retire la salière de la table.



Pour mesurer plus facilement 1 g de sel, j'utilise une cuillère mesure ou des petits sachets de sel vendus en pharmacie. Grâce à ce type de conditionnement, je peux saler une assiette (à condition qu'elle ne soit pas déjà salée) en maîtrisant la quantité que j'utilise.

J'IDENTIFIE LES ALIMENTS ET LEUR TENEUR EN SEL*

1 g
de sel (NaCl)
=
400 mg
sodium (Na)



BOISSONS



PEU SALÉES

- Eau du robinet
- Eaux minérales à faible teneur en sodium (NaCl ≤ 50 mg / l)
- Jus de fruits naturels
- Thé, café, tisane



RICHES EN SEL

- Eaux gazeuses à forte teneur en sodium (NaCl > 50 mg / l)
- Jus de tomate

1 g
de sel

Exemples :

Eau minérale gazeuse,
fortement minéralisée
(30 cl soit 2 verres environ)



Jus de tomate
(15 cl, soit 1 verre
environ)



PEU SALÉS

- Viande fraîche
- Abats
- Viande surgelée non préparée
- Poisson frais ou surgelé (non cuisiné)
- Crustacés frais

RICHES EN SEL

- Viande en conserve, préparée surgelée, salée, fumée
- Charcuterie y compris le jambon
- Conserve de poissons (sardine, hareng, thon...)
- Saumon fumé
- Crustacés ou coquillages en conserves (crevettes, crabe, coques...)
- Huîtres, moules

1 g
de sel

Exemples :

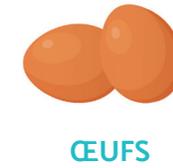
Saucisse
1 saucisse soit 50 g

Saucisson sec
2 tranches soit 20 g

Thon ou sardines à l'huile
1 conserve de 90 g

Jambonne Paris
1 tranche soit 50 g

Huîtres creuses crues
6 moyennes sans l'eau de mer



PEU SALÉS

- Œufs naturels

RICHES EN SEL

- Œufs préparés (en gelée, etc.)



PEU SALÉS

- Lait
- Fromage frais sans sel
- Fromage blanc, petits suisses
- Yaourts naturels ou aromatisés
- Crèmes desserts

RICHES EN SEL

- Fromage et notamment roquefort, bleu, cantal, crème de gruyère

1 g
de sel

Exemples :

Roquefort
1 tranche de 25 g



FÉCULENTS, LÉGUMES SECS & CÉRÉALES



PEU SALÉS

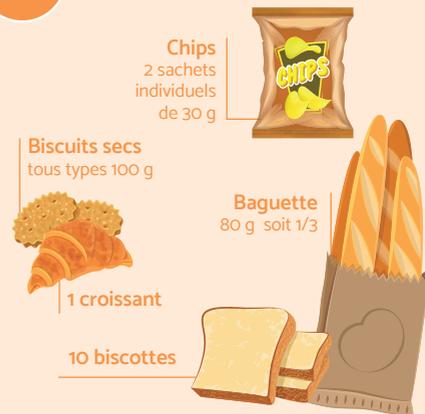
- Pain sans sel
- Biscottes sans sel
- Pâtes, riz, semoule
- Légumes secs (lentilles, pois cassés, haricots secs, pois chiches...)
- Pommes de terre

RICHE EN SEL

- Pain et biscottes
- Biscuits
- Viennoiseries
- Céréales du petit déjeuner
- Ravioli, cannelloni...
- Légumes secs en conserve

1 g
de sel

Exemples :



FRUITS & LÉGUMES



PEU SALÉS

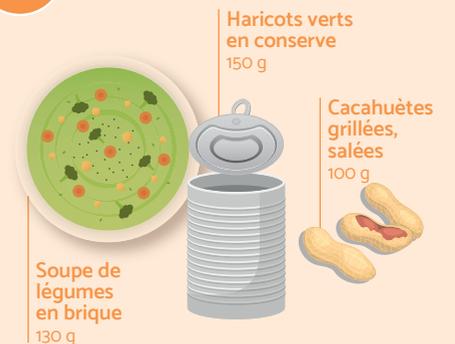
- Légumes frais
- Légumes surgelés non cuisinés
- Potages «maison»
- Fruits frais
- Fruits en conserve et compotes
- Fruits surgelés
- Fruits secs
- Fruits oléagineux non salés (cacahuètes, amandes...)

RICHE EN SEL

- Légumes en conserve
- Légumes surgelés cuisinés
- Choucroute
- Potages lyophilisés ou en brique
- Fruits oléagineux salés

1 g
de sel

Exemples :





CONDIMENTS ET ASSAISONNEMENTS



PEU SALÉS

- Herbes aromatiques (persil, thym, laurier, cerfeuil, estragon, basilic, ciboulette, etc.)
- Ail, oignons, échalotes
- Épices (poivre, curry, paprika, cumin, cannelle...)
- Aromates (muscade, clou de girofle, genièvre...)
- Vinaigre
- Jus de citron



RICHE EN SEL

- Sel, sel de céleri, mélanges d'épices
- Sauces industrielles (dont ketchup)
- Sauce soja, nuoc-mâm
- Bouillon cube
- Cornichons, câpres
- Moutarde

1 g de sel

Exemples :

Olives en saumure
5 noires
ou 10 vertes
(entières ou dénoyautées)



Moutarde
1 cuillère à soupe



MATIÈRES GRASSES



PEU SALÉES

- Beurre doux
- Huiles végétales (tournesol, olive, colza, noix...)
- Margarine



RICHE EN SEL

- Beurre demi-sel ou salé
- Saindoux

1 g de sel

Exemple :

Beurre demi-sel
50 g



PEU SALÉS

- Sel de régime (uniquement après avis du médecin)
- Levure du boulanger

AUTRES



RICHE EN SEL

- Médicaments effervescents
- Levure chimique
- Bicarbonate de soude

1 g de sel

Exemple :

Levure alimentaire
(1 part de gâteau réalisé avec de la levure chimique)



J'EXERCE UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE C'EST BON POUR MON COEUR

L'exercice physique contribue à renforcer le cœur : il permet d'augmenter le bien-être et l'autonomie en réduisant le niveau de stress, en donnant de l'énergie et en améliorant sommeil et digestion. Je poursuis donc mes activités habituelles autant que possible, qu'elles soient professionnelles, physiques ou sexuelles... Toutes sont nécessaires à mon équilibre.

1 · Quelle activité puis-je pratiquer ?

Lorsque l'insuffisance cardiaque est stabilisée, il est recommandé de pratiquer une activité physique modérée comme la marche.

Cette activité ne doit pas déclencher d'essoufflement, de palpitations ou de fatigue. L'intérêt d'une activité ne réside pas dans l'intensité de l'exercice mais dans sa durée.

Avant de débiter ou reprendre une activité physique, j'en parle bien sûr avec mon médecin traitant. Il s'assure ainsi que je ne présente pas de contre-indication et me conseille sur les activités les mieux adaptées à ma situation.

2 · J'adapte mes efforts à mon état de santé...

Si je souhaite débiter la marche, je commence par des tâches quotidiennes comme aller chercher le journal. Je peux aussi descendre du bus un arrêt plus tôt pour marcher un peu.

Si je marche et que je me considère comme physiquement actif(ive), je peux essayer le vélo ou la natation. Je commence en douceur, sur l'avis de mon médecin traitant, et j'augmente ensuite graduellement la distance ou l'intensité de mon activité à mesure que ma santé s'améliore.

Je prévois des temps de repos dans la journée, notamment après un exercice physique.

...et aux conditions extérieures

S'il fait froid ou venteux, je me couvre bien avant de quitter le domicile. Arrivé(e) dehors, je marche lentement pendant deux ou trois minutes pour réduire l'effet du choc thermique.

3 · J'apprends à reconnaître les situations à risque

J'arrête immédiatement mon activité si j'éprouve l'un des symptômes suivants : essoufflement, vertige, douleur dans la poitrine, nausée ou sueurs froides. Si ce(s) symptôme(s) persiste(nt), je préviens mon médecin ou mon infirmier(e) sans tarder.

J'évite tout exercice à jeun ou après un repas copieux. J'exerce une activité physique de préférence 1 à 2 heures après un repas léger.



La plupart du temps, il n'est pas dangereux d'avoir des relations sexuelles.

Toutefois :

- ⇒ si je suis essoufflé(e) par la marche sur terrain plat, je prends l'avis de mon médecin traitant avant d'envisager la reprise des activités sexuelles ;
- ⇒ une diminution des capacités sexuelles est possible. Avec l'insuffisance cardiaque, le cœur envoie une quantité réduite de sang dans les organes génitaux. Des médicaments contre l'impuissance existent. Ils ne sont pas tous contre-indiqués mais peuvent entraîner des malaises par baisse importante de la tension artérielle. L'avis de mon médecin traitant est toujours nécessaire.

MON TRAITEMENT CONTRE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Les médicaments qui m'ont été prescrits permettent de réduire les symptômes de l'insuffisance cardiaque et améliorent mon bien-être.

Ils limitent l'aggravation de la maladie et évitent les poussées d'insuffisance cardiaque aiguë. Parfois, ils traitent aussi la maladie à l'origine de l'insuffisance cardiaque (notamment la maladie coronaire). Ils améliorent également le pronostic vital.

1 · Je découvre en quoi consiste mon traitement

Différentes sortes de médicaments peuvent m'être prescrits contre mon insuffisance cardiaque en fonction de son importance, de son type et de sa cause. Toutes les personnes atteintes « d'insuffisance cardiaque » ne bénéficient pas forcément du même traitement.

Le traitement comprend généralement un diurétique, un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) et un bêtabloquant :

⇒ Un diurétique

Il agit en augmentant l'élimination rénale du sel et donc le volume d'urines. Il permet ainsi d'éliminer l'excès de sel et donc le liquide de l'organisme, ce qui soulage le cœur.

⇒ Un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC)

Ce médicament facilite le travail du cœur.

⇒ Un bêtabloquant

Il aide mon cœur à battre plus lentement et à moins se fatiguer.

D'autres médicaments sont parfois nécessaires :

⇒ Les antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes (bloqueurs de l'aldostérone)

Ils contribuent à diminuer l'excès nocif de certaines hormones et améliorent la souplesse du cœur.

⇒ Les antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II (ARA II)

Ils diminuent le travail du cœur en réduisant la pression artérielle.

Ils sont prescrits le plus souvent pour remplacer les IEC lorsque ceux-ci sont mal tolérés (toux par ex.)

⇒ L'ivabradine

Elle agit en ralentissant le cœur.

⇒ Les digitaliques

Ils ralentissent les battements du cœur et améliorent la qualité de vie.

⇒ Les dérivés nitrés

Parfois prescrits pour soulager le travail du cœur.

Enfin, mon ordonnance peut aussi comporter, en fonction de la cause de l'insuffisance cardiaque :

⇒ des antiagrégants plaquettaires ou anticoagulants pour fluidifier le sang,

⇒ une statine pour diminuer le cholestérol et protéger les artères.

Tous ces médicaments diminuent fortement le risque de réhospitalisation.

Dans tous les cas, je suis scrupuleusement les ordonnances de mon médecin pour éviter un nouvel événement grave.



Je présente systématiquement mes ordonnances en cours à tous les professionnels de santé que je consulte. Il est important qu'ils connaissent tous les médicaments que je prends pour éviter de me prescrire un traitement incompatible avec celui de l'insuffisance cardiaque.

Il est aussi important qu'ils connaissent la posologie exacte pour l'adapter selon ma situation (augmentation ou diminution en cas d'intolérance).



Mon médecin peut augmenter la dose de mes médicaments même si je me sens mieux depuis le début du traitement. En effet, la plupart des médicaments traitant l'insuffisance cardiaque ont une efficacité optimale à certaines doses qu'on ne peut atteindre que très progressivement.

Lorsque mon médecin me prescrit un médicament, c'est à la fois pour que je me sente rapidement mieux mais aussi pour améliorer mon état de santé à long terme.

COMMENT BIEN PRENDRE MES MÉDICAMENTS

Les médicaments qui m'ont été prescrits contre mon insuffisance cardiaque sont à prendre régulièrement, tout au long de ma vie.

1 · Je suis scrupuleusement la prescription

Je prends les médicaments à horaires réguliers pour ne pas les oublier. Pour m'aider, je peux utiliser un pilulier semainier.

Je me conforme strictement à l'ordonnance de mon médecin : je n'interromps pas, je ne modifie pas les doses de mon traitement même si j'ai l'impression qu'un médicament n'agit pas ou est mal toléré. En cas de doute, je contacte mon médecin traitant.

2 · Si j'oublie de prendre un médicament

Je prends le médicament oublié dès que je réalise mon oubli. Toutefois, si c'est au moment de la prise suivante, je ne double pas la dose.

J'essaie de reprendre ensuite les horaires habituels des prises médicamenteuses. En cas de doute ou de difficulté, je n'hésite pas à demander conseil à mon médecin, mon pharmacien ou mon infirmier(e).

3 · En cas de symptôme anormal

Je signale à mon médecin tout symptôme anormal que je relie à la prise de médicaments, sans arrêter mon traitement. C'est lui qui m'aidera à gérer les effets secondaires par des mesures simples (par exemple en faisant changer le moment des prises) ou envisagera pour moi une modification de traitement.

4 · Je pense à renouveler mes médicaments

Je m'assure régulièrement d'avoir encore assez de médicaments pour les jours suivants. Pour cela, je fais renouveler mon ordonnance plusieurs jours avant de prendre mes derniers comprimés.

Si je voyage, je prévois assez de médicaments pour la durée de mon séjour, je garde mon traitement et mon ordonnance dans mon bagage à main pour les avoir toujours à disposition.

JE PENSE À MES VACCINS

Les infections respiratoires (grippe, pneumonie...) peuvent être responsables d'une aggravation rapide de l'insuffisance cardiaque.

Pour les éviter, il existe un vaccin antigrippal à faire tous les ans et un vaccin antipneumococcique. J'en parle à mon médecin.

5 · J'évite l'automédication

Je demande conseil à mon médecin ou à mon pharmacien avant d'acheter un médicament en vente libre : il est nécessaire de vérifier sa compatibilité avec mes médicaments et ma maladie.

Je réalise les prises de sang prescrites par mon médecin pour le suivi de mon traitement et emporte leurs résultats en consultation.

JE ME SURVEILLE

Dès mon retour à domicile, **je me pèse deux fois par semaine** et je me montre attentif(ve) à certains changements dans ma forme physique : essoufflement, fatigue ou gonflements...

Lors de chaque visite, je communique toutes mes observations à mon infirmier(e) et à mon médecin traitant.

JE ME PÈSE DEUX FOIS PAR SEMAINE

J'utilise ces grilles pour noter chaque semaine mon poids et les éventuels changements que j'observe concernant ma respiration, ma fatigue et des gonflements. Je n'hésite pas à en discuter avec mon infirmier(e) et lors de ma prochaine visite chez le médecin.

J'appelle immédiatement mon médecin traitant si je constate que mon poids varie de plus de 2 kg en 3 jours.



Je me pèse le matin, à jeun après avoir uriné, toujours dans la même tenue et sur la même balance.

| | SEMAINE N°01 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|----------|--|-----------------------------|
| Jour 1 : | □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2 : | □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| | SEMAINE N°02 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|----------|--|-----------------------------|
| Jour 1 : | □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2 : | □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°03 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°04 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°05 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°06 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°07 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°08 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°09 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°10 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°11 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°12 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°13 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°14 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°15 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°16 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°17 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°18 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □□ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°19 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°20 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°21 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°22 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°23 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°24 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°25 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°26 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°27 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°28 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°29 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°30 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°31 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°32 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°33 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°34 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°35 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°36 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°37 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°38 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°39 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°40 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°41 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°42 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°43 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°44 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°45 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°46 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | □□□□ , □ |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°47 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°48 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°49 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

| SEMAINE N°50 DATE : (JOUR / MOIS / ANNÉE) | MON POIDS PRÉCIS (EN KG) |
|--|-----------------------------|
| Jour 1: □□ □□ □□□□ | |
| Jour 2: □□ □□ □□□□ | |

Mes observations : (oedèmes, essoufflement, fatigue...)

.....

LES DEUX PREMIERS MOIS APRÈS MON RETOUR À DOMICILE

Les pages suivantes sont complétées par les professionnels de santé.

Elles concernent **mon suivi** et **la coordination de ma prise en charge** pendant les deux mois qui suivent mon **retour à domicile**.

À la fin de ces deux mois, mon médecin traitant pourra adapter les modalités de suivi de mon insuffisance cardiaque en fonction du bilan de la consultation longue qu'il réalisera avec l'aide des informations fournies par mon infirmier(e).

MON SUIVI MÉDICAL

Mon carnet de suivi est également un élément de correspondance et de liaison entre les professionnels de santé qui me suivent.

Dans cette partie, **chaque intervenant note ses observations et consulte celles de ses confrères.**

LES TABLEAUX DE SURVEILLANCE PAR MON INFIRMIÈR(E) LES 2 PREMIERS MOIS

UNE VISITE
PAR SEMAINE

| DATE DE L'EXAMEN | POIDS (en kg) | TENSION ARTÉRIELLE (en mmHg) | POULS (en pulsation / mn) | OEDÈMES DES MEMBRES INFÉRIEURS 0 = absence 1 = présence modérée 2 = oedèmes moyens 3 = oedèmes importants | RESPIRATION | | | OBSERVATION DU TRAITEMENT | | SURVEILLANCE BIOLOGIQUE Réalisation des examens sanguins (oui / non ou sans objet) | AUTRES INFORMATIONS destinées au médecin |
|--|---|--|---|---|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|---|---|--|
| | | | | | DYSPNÉE 0 = absente + = augmentée - = abaissée | TOUX 0 = absente 1 = présente | ORTHOPNÉE nb d'oreillers pour la nuit | Alimentation hyposodée (oui / non) | Erreur(s) dans la prise des médicaments (oui / non) | | |
| 1 ^{ère} semaine \|_\|_\| \|_\|_\| | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | \|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\| | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 2 ^{ème} semaine \|_\|_\| \|_\|_\| | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | \|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\| | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 3 ^{ème} semaine \|_\|_\| \|_\|_\| | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | \|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\| | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 4 ^{ème} semaine \|_\|_\| \|_\|_\| | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | \|_\|_\| | \|_\|_\| | \|_\|_\| | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | ∨∨ | ∨∨ | ∨∨ | ∨∨ | ∨∨ | ∨∨ | ∨∨ | | | | |
| ALERTER IMMÉDIATEMENT LE MÉDECIN ou à défaut composer le 15 (112 depuis un téléphone | | | | | TRAITANT portable) si : | | | | | | |
| | Prise > 2 kg en 3 jours ou perte rapide | Baisse de la PAS ⁽¹⁾ < 90 mmHg ou Baisse de la PA ⁽²⁾ symptomatique (voile noir, vertiges, lipothymie) | Pouls < 50 / mn ou > 120 / mn ou irrégulier | Apparition ou aggravation d'oedème | Aggrava-tion de l'essouffle-ment | Apparition ou aggravation de la toux | | | | | |
| | | | | | | | ⁽¹⁾ Pression artérielle systolique ⁽²⁾ Pression artérielle | | | | |

LES TABLEAUX DE SURVEILLANCE PAR MON INFIRMIÈR(E) LES 2 PREMIERS MOIS

UNE VISITE
PAR SEMAINE

| DATE DE L'EXAMEN | POIDS (en kg) | TENSION ARTÉRIELLE (en mmHg) | POULS (en pulsation / mn) | OEDÈMES DES MEMBRES INFÉRIEURS 0 = absence 1 = présence modérée 2 = oedèmes moyens 3 = oedèmes importants | RESPIRATION | | | OBSERVATION DU TRAITEMENT | | SURVEILLANCE BIOLOGIQUE Réalisation des examens sanguins (oui / non ou sans objet) | AUTRES INFORMATIONS destinées au médecin |
|--|---|--|---|---|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|---|---|--|
| | | | | | DYSPNÉE 0 = absente + = augmentée - = abaissée | TOUX 0 = absente 1 = présente | ORTHOPNÉE nb d'oreillers pour la nuit | Alimentation hyposodée (oui / non) | Erreur(s) dans la prise des médicaments (oui / non) | | |
| 5 ^{ème} semaine □ □ □ □ | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | □ | □ | □ | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 6 ^{ème} semaine □ □ □ □ | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | □ | □ | □ | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 7 ^{ème} semaine □ □ □ □ | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | □ | □ | □ | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 8 ^{ème} semaine □ □ □ □ | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | □ | □ | □ | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | | | | |
| ALERTER IMMÉDIATEMENT LE MÉDECIN ou à défaut composer le 15 (112 depuis un téléphone | | | | | TRAITANT portable) si : | | | | | | |
| | Prise > 2 kg en 3 jours ou perte rapide | Baisse de la PAS ⁽¹⁾ < 90 mmHg ou Baisse de la PA ⁽²⁾ symptomatique (voile noir, vertiges, lipothymie) | Pouls < 50 / mn ou > 120 / mn ou irrégulier | Apparition ou aggravation d'oedème | Aggrava-tion de l'essouffle-ment | Apparition ou aggravation de la toux | | | | | |
| | | | | | | | ⁽¹⁾ Pression artérielle systolique ⁽²⁾ Pression artérielle | | | | |

MON TRAITEMENT ET LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Ces pages permettent aux professionnels de santé de communiquer sur les éléments utiles au suivi du patient en complément des tableaux remplis par l'infirmier(e) : éléments de surveillance, rappels d'éducation réalisés, adaptation du traitement, etc.

| DATE | CONSTATATIONS MÉDICALES, autres informations à communiquer | TRAITEMENT ET SON ADAPTATION | IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ (signature ou cachet) |
|--|---|------------------------------|---|
| <div style="text-align: center;"> [][] [][] [][][][] </div> | | | |
| <div style="text-align: center;"> [][] [][] [][][][] </div> | | | |
| <div style="text-align: center;"> [][] [][] [][][][] </div> | | | |
| <div style="text-align: center;"> [][] [][] [][][][] </div> | | | |

LES TABLEAUX DE SURVEILLANCE PAR MON INFIRMIÈR(E) LES 3^{ÈME} ET 6^{ÈME} MOIS

UNE VISITE
TOUTES LES
DEUX
SEMAINES

| DATE DE L'EXAMEN | POIDS (en kg) | TENSION ARTÉRIELLE (en mmHg) | POULS (en pulsation / mn) | OEDÈMES DES MEMBRES INFÉRIEURS 0 = absence 1 = présence modérée 2 = oedèmes moyens 3 = oedèmes importants | RESPIRATION | | | OBSERVATION DU TRAITEMENT | | SURVEILLANCE BIOLOGIQUE Réalisation des examens sanguins (oui / non ou sans objet) | AUTRES INFORMATIONS destinées au médecin | |
|--|---|--|---|---|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|---|---|--|--|
| | | | | | DYSPNÉE 0 = absente + = augmentée - = abaissée | TOUX 0 = absente 1 = présente | ORTHOPNÉE nb d'oreillers pour la nuit | Alimentation hyposodée (oui / non) | Erreur(s) dans la prise des médicaments (oui / non) | | | |
| 10 ^{ème} semaine □ □ □ □ | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | □ □ □ □ | □ □ □ □ | □ □ □ □ | ..... | ..... | ..... | ..... |  |
| 12 ^{ème} semaine □ □ □ □ | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | □ □ □ □ | □ □ □ □ | □ □ □ □ | ..... | ..... | ..... | ..... |  |
| 14 ^{ème} semaine □ □ □ □ | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | □ □ □ □ | □ □ □ □ | □ □ □ □ | ..... | ..... | ..... | ..... |  |
| 16 ^{ème} semaine □ □ □ □ | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | □ □ □ □ | □ □ □ □ | □ □ □ □ | ..... | ..... | ..... | ..... |  |
| | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | | | | | |
| ALERTER IMMÉDIATEMENT LE MÉDECIN ou à défaut composer le 15 (112 depuis un téléphone | | | | | TRAITANT portable) si : | | | | | | | |
| | Prise > 2 kg en 3 jours ou perte rapide | Baisse de la PAS ⁽¹⁾ < 90 mmHg ou Baisse de la PA ⁽²⁾ symptomatique (voile noir, vertiges, lipothymie) | Pouls < 50 / mn ou > 120 / mn ou irrégulier | Apparition ou aggravation d'oedème | Aggrava-tion de l'essouffle-ment | Apparition ou aggravation de la toux | | | | | | |
| | | | | | | | ⁽¹⁾ Pression artérielle systolique ⁽²⁾ Pression artérielle | | | | | |

LES TABLEAUX DE SURVEILLANCE PAR MON INFIRMIÈR(E) LES 3^{ÈME} ET 6^{ÈME} MOIS

UNE VISITE
TOUTES LES
DEUX
SEMAINES

| DATE DE L'EXAMEN | POIDS (en kg) | TENSION ARTÉRIELLE (en mmHg) | POULS (en pulsation / mn) | OEDÈMES DES MEMBRES INFÉRIEURS 0 = absence 1 = présence modérée 2 = oedèmes moyens 3 = oedèmes importants | RESPIRATION | | | OBSERVATION DU TRAITEMENT | | SURVEILLANCE BIOLOGIQUE Réalisation des examens sanguins (oui / non ou sans objet) | AUTRES INFORMATIONS destinées au médecin | |
|--|---|--|---|---|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|---|---|--|--|
| | | | | | DYSPNÉE 0 = absente + = augmentée - = abaissée | TOUX 0 = absente 1 = présente | ORTHOPNÉE nb d'oreillers pour la nuit | Alimentation hyposodée (oui / non) | Erreur(s) dans la prise des médicaments (oui / non) | | | |
| 18 ^{ème} semaine □ □ □ □ | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | □ □ □ □ | □ □ □ □ | □ □ □ □ | ..... | ..... | ..... | ..... |  |
| 20 ^{ème} semaine □ □ □ □ | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | □ □ □ □ | □ □ □ □ | □ □ □ □ | ..... | ..... | ..... | ..... |  |
| 22 ^{ème} semaine □ □ □ □ | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | □ □ □ □ | □ □ □ □ | □ □ □ □ | ..... | ..... | ..... | ..... |  |
| 24 ^{ème} semaine □ □ □ □ | ..... | ..... / ..... | ..... | ..... | □ □ □ □ | □ □ □ □ | □ □ □ □ | ..... | ..... | ..... | ..... |  |
| | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | ∨ ∨ | | | | | |
| ALERTER IMMÉDIATEMENT LE MÉDECIN ou à défaut composer le 15 (112 depuis un téléphone | | | | | TRAITANT portable) si : | | | | | | | |
| | Prise > 2 kg en 3 jours ou perte rapide | Baisse de la PAS ⁽¹⁾ < 90 mmHg ou Baisse de la PA ⁽²⁾ symptomatique (voile noir, vertiges, lipothymie) | Pouls < 50 / mn ou > 120 / mn ou irrégulier | Apparition ou aggravation d'oedème | Aggrava-tion de l'essouffle-ment | Apparition ou aggravation de la toux | | | | | | |
| | | | | | | | ⁽¹⁾ Pression artérielle systolique ⁽²⁾ Pression artérielle | | | | | |

MON TRAITEMENT ET LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Ces pages permettent aux professionnels de santé de communiquer sur les éléments utiles au suivi du patient en complément des tableaux remplis par l'infirmier(e) : éléments de surveillance, rappels d'éducation réalisés, adaptation du traitement, etc.

| DATE | CONSTATATIONS MÉDICALES, autres informations à communiquer | TRAITEMENT ET SON ADAPTATION | IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ (signature ou cachet) |
|-------------------------------|---|------------------------------|---|
| [][] [][] [][][][] | | | |
| [][] [][] [][][][] | | | |
| [][] [][] [][][][] | | | |
| [][] [][] [][][][] | | | |

MON TRAITEMENT

ET LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUITE

| DATE | CONSTATATIONS MÉDICALES, autres informations à communiquer | TRAITEMENT ET SON ADAPTATION | IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ (signature ou cachet) |
|-------------------------------|---|------------------------------|---|
| [][] [][] [][][][] | | | |
| [][] [][] [][][][] | | | |
| [][] [][] [][][][] | | | |
| [][] [][] [][][][] | | | |

