



PRISE EN CHARGE DES INSUFFISANTS CARDIAQUES

DOSSIER MEDICAL D'INCLUSION POUR LES CARDIOLOGUES

Nom : Prénom: Tél. : Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Date de naissance : ---- /---- /----	Cardiologue : Médecin traitant : Infirmière :
--	---

Date des dernières hospitalisations pour décompensation cardiaque :
---/--- ---/--- ---/--- ---/--- ---/--- ---/---

Nombre de décompensation dans les 12 derniers mois :

Vaccination antigrippale effectuée Oui Non

Date de la dernière visite avec le cardiologue :

ANTECEDENTS

Chirurgicaux	Type de cardiopathie
<input type="checkbox"/> Angioplastie coronaire	<input type="checkbox"/> Ischémique
<input type="checkbox"/> Pontage coronaire	<input type="checkbox"/> Hypertensive
<input type="checkbox"/> Chirurgie valvulaire	<input type="checkbox"/> Valvulaire
<input type="checkbox"/> Pace maker	<input type="checkbox"/> Dilatée
<input type="checkbox"/> Défibrillateur	<input type="checkbox"/> Autre :

Médicaux	<input type="checkbox"/> BPCO
<input type="checkbox"/> Dyslipémie	<input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire
<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Allergie à
<input type="checkbox"/> Tabac Sevrage depuis :	<input type="checkbox"/> Artérite mb inférieur
<input type="checkbox"/> Diabète DNID - DID	<input type="checkbox"/> Thromboembolie veineuse
<input type="checkbox"/> Alcool Sevrage depuis :	<input type="checkbox"/> Glaucome
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	
<input type="checkbox"/> Dialyse	

Commentaires

SIGNES CLINIQUES		Date :			
Dyspnée : Stade N.Y.H.A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
Tension Artérielle :					
Rythme cardiaque :	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Irrégulier			
Fréquence cardiaque :	bpm		Poids :		Kg
Œdème :	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++		

Joindre la dernière biologie ou remplir le tableau suivant :

BIOLOGIE			
Date examen :	----/----/20--		
NA+	mmol/l (mEq/L)	Cholestérol total	g/l
K + :	mmol/l (mEq/L)	LDL-cholestérol	g/l
Créat :	mg/l	HDL-cholestérol	g/l
Urée :	g/l	Triglycérides :	g/l
Hb :	g/l		
HbA1C	%		
INR :			
Digoxinémie	ng/m		
Nt proBNP :	pg/ml		
BNP :	pg/ml		

RECOMMANDATIONS :	
✓ Apports sodés autorisés	g de sel par jour
✓ Apports hydriques autorisés	L/par jour
✓ Fréquence de la pesée:	fois/semaine
Commentaires :	
Difficultés médicales rencontrées :	
Poids idéal :	

Merci de joindre le dernier compte rendu de consultation comportant le traitement, la dernière échographie, l'ECG et la dernière biologie.