

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ___/___/___

SOMMAIRE de mon CLASSEUR DE SUIVI INSUFFISANCE CARDIAQUE



1. Liste des Contacts : Les professionnels qui assurent mon suivi
2. Fiche de suivi de mes constantes
3. Courbe de poids perpétuelle par semestre
4. Fiche de suivi par mon infirmier
5. Mon suivi biologique
6. Fiche des Médicaments en Cours : Synthèse de mes Ordonnance
7. Fiche des Médicaments Contre Indiqués : Effets secondaires perçus
8. Ensemble des comptes-rendus de consultations, chirurgies, rééducation...
9. Résultats d'examens biologiques
10. Résultats d'examens d'imageries
11. a. Mon régime hyposodé recommandé < 3g de sel par jour
b. Mon régime hyposodé recommandé entre 4 et 6 g de sel par jour
12. Liste de mes Rendez-vous – À venir et à prévoir
13. La prise en charge à 100% de votre Insuffisance Cardiaque par l'Assurance Maladie ALD (Affection de Longue Durée)
14. Mon aide sociale – DAC et Assistant social
15. Être aidant

Informations importantes :

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