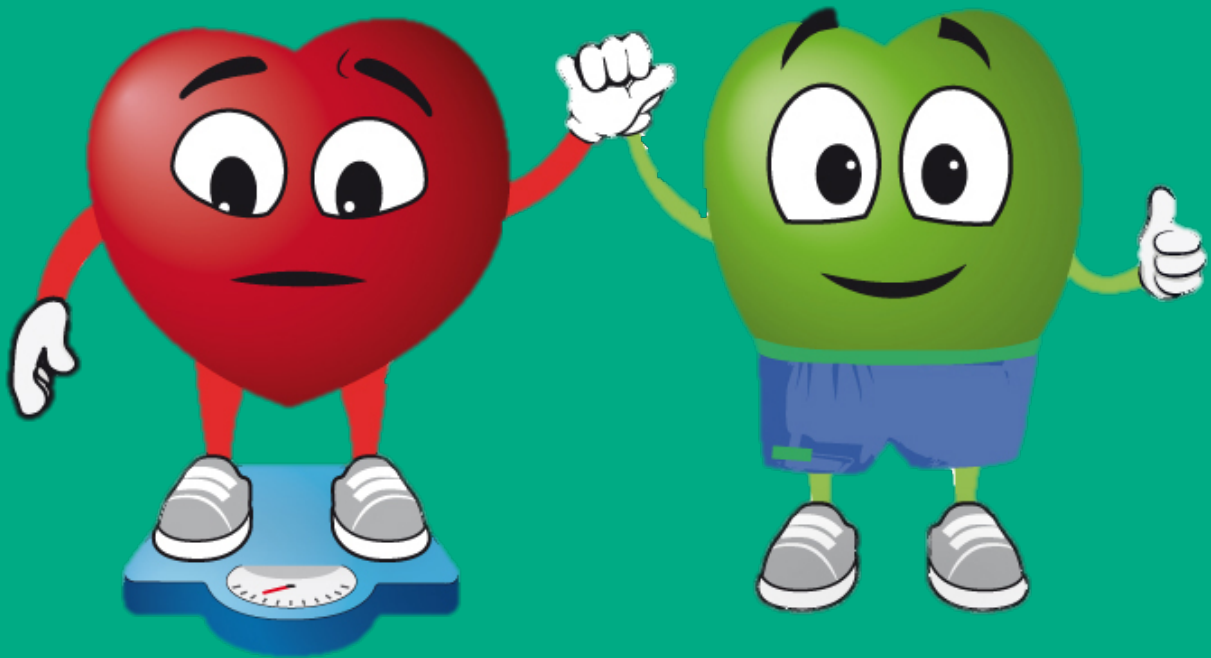




MON INSUFFISANCE CARDIAQUE AU QUOTIDIEN



Nom : Prénom :

Adresse :

.....Code Postal : _____ Ville :

Date de naissance : ___/___/___

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

Informations importantes :

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

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

1. LISTE des CONTACTS

LES PROFESSIONNELS QUI ASSURENT MON SUIVI

Spécialité	Nom	Structure / Hôpital	Adresse	Téléphone
Mon Médecin Généraliste				
Mon Infirmière Libérale				
Mon Pharmacien				
Mon Cardiologue Traitant				
L'équipe de rythmologie assurant le télé-suivi de mon pacemaker/défibrillateur				
Le service hospitalier/clinique de cardiologie assurant le suivi de mon IC				
Mon Diététicien				
Mon Psychologue				
Mon laboratoire d'Analyses				

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

Spécialité	Nom	Structure / Hôpital	Adresse	Téléphone
Le service de réadaptation Cardiaque				
Mon kinésithérapeute				
Cellule de Coordination Insuffisance Cardiaque - télésurveillance				

Informations importantes :

.....

.....

.....

.....

.....

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

**Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon
médecin traitant**



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE	POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE	POULS
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16							

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

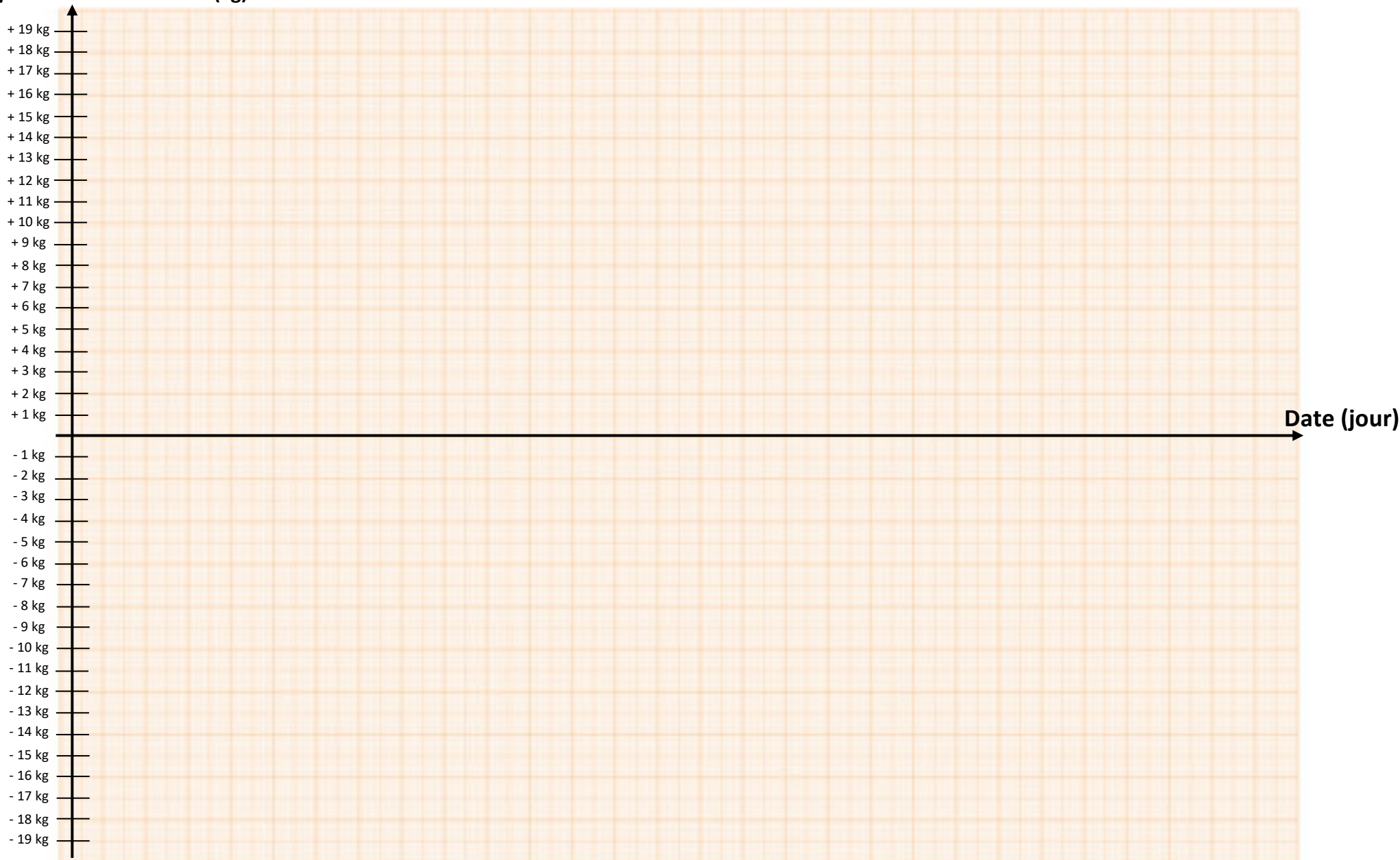
Prénom :

Date de naissance : __/__/____

3. Ma courbe de poids perpétuelle Semestre 1



Poids moyen à sec sans œdèmes (kg)



Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

3. Ma courbe de poids perpétuelle

Semestre 2



Poids moyen à sec sans œdèmes (kg)



Nom :

Prénom :

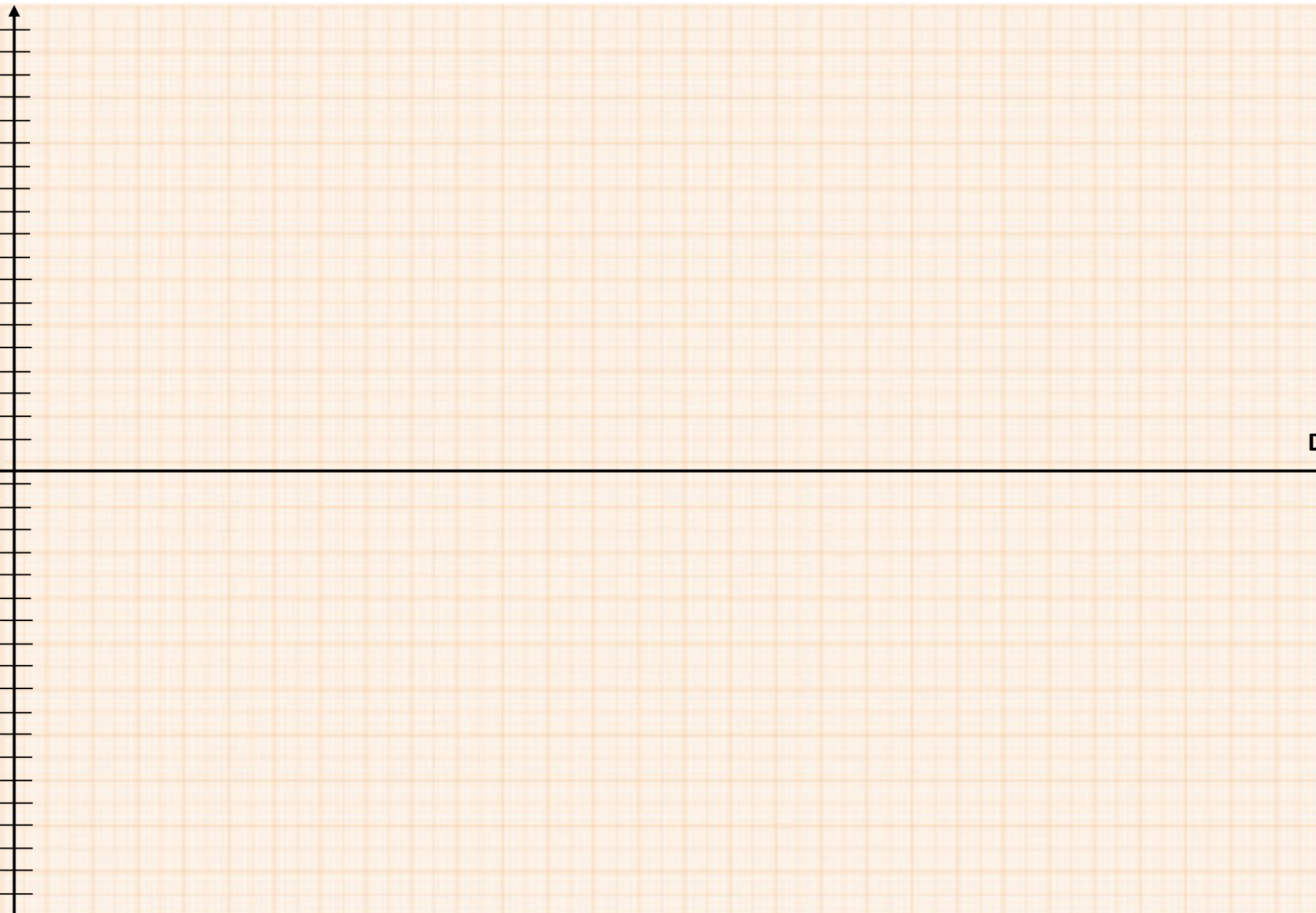
Date de naissance : __/__/____

3. Ma courbe de poids perpétuelle Semestre 3

Poids moyen à sec sans œdèmes (kg)

+ 19 kg
+ 18 kg
+ 17 kg
+ 16 kg
+ 15 kg
+ 14 kg
+ 13 kg
+ 12 kg
+ 11 kg
+ 10 kg
+ 9 kg
+ 8 kg
+ 7 kg
+ 6 kg
+ 5 kg
+ 4 kg
+ 3 kg
+ 2 kg
+ 1 kg
- 1 kg
- 2 kg
- 3 kg
- 4 kg
- 5 kg
- 6 kg
- 7 kg
- 8 kg
- 9 kg
- 10 kg
- 11 kg
- 12 kg
- 13 kg
- 14 kg
- 15 kg
- 16 kg
- 17 kg
- 18 kg
- 19 kg

Date (jour)



Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

3. Ma courbe de poids perpétuelle

Semestre 4



Poids moyen à sec sans œdèmes (kg)



Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

4. FICHE de SUIVI par mon INFIRMIER

TÉL CECICS : __/__/__/__



Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															
Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

4. FICHE de SUIVI par mon INFIRMIER

TÉL CECICS : __/__/__/__



Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															
Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

4. FICHE de SUIVI par mon INFIRMIER

Tél CECICS : __/__/__/__



Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															
Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

4. FICHE de SUIVI par mon INFIRMIER

TÉL CECICS : __/__/__/__



Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															
Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

4. FICHE de SUIVI par mon INFIRMIER

TÉL CECICS : __/__/__/__



Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															
Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

4. FICHE de SUIVI par mon INFIRMIER

TÉL CECICS : __/__/__/__



Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															
Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

5. Mon SUIVI BIOLOGIQUE

DATE	Poids (kg)	Taux hémoglobine	Créatinine	Potassium	Bilirubine totale	Taux de NTproBNP	Taux de BNP	Dose de diurétiques

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

DATE	Poids (kg)	Taux hémoglobine	Ionogramme	Créatinine	Potassium	Bilirubine totale	Taux de NTproBNP	Taux de BNP	Dose de diurétiques

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

6. FICHE des MÉDICAMENTS EN COURS



SYNTHÈSE DE MES ORDONNANCES

Nom du médicament	Qté/Dose MATIN	Qté/Dose MIDI	Qté/Dose SOIR	Date de renouvellement

Informations importantes :

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

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

**7. FICHE des MÉDICAMENTS
CONTRE INDIQUÉS**
EFFETS SECONDAIRES



Nom du médicament	Effet(s) secondaire(s) constaté(s) ou allergie(s)	Date des effets

Informations importantes :

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

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

11a – Mon régime HYPOSODÉ recommandé < 3g de sel par jour

Les Objectifs

Limiter les œdèmes



Qualité de vie

Adhésion au régime

Voici la liste des aliments très pauvres en sel que vous pouvez consommer :



Tous les fruits qu'ils soient frais, surgelés ou en conserve. Tous les fruits secs (pruneaux, dattes, figes...) et oléagineux (noix, amandes, noisettes) non salés



Tous les légumes frais, ou surgelés non cuisinés (au naturel)



Les protéines animales : œuf, volaille, viande et poisson frais ou surgelés non cuisinés



Des produits laitiers : lait, yaourt, fromage blanc, crème dessert du commerce, glace, Emmental, Mozzarella, Ricotta



Des produits céréaliers : Pain et biscottes sans sel, pain azyme, galette de riz, les céréales et légumineuses achetées non cuisinées (pâtes, riz, semoule, lentilles, haricots en grains, pois cassés), farine de blé, maizena, fécule de pomme de terre



Certains biscuits et pâtisseries : gaufrettes aux fruits, boudoirs, macarons, pâtisserie préparée à la maison sans levure chimique, pâtisserie préparée à la maison avec de la levure de boulanger.



Certaines confiseries : chocolat, confiture, miel, sucre blanc et sucre roux



Certains assaisonnements : huile, beurre doux, crème fraîche, margarine et toutes les herbes fraîches, surgelées ou sèches, poivre, épices, vinaigre, ail, échalote



Certaines boissons : eau plate, jus de fruit, soda, sirop de fruit, certaines eaux gazeuses : Perrier, Salvétat, San Pellegrino, café, thé, tisane, boisson chocolatée, chicoré

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

En consommant tous ces aliments pauvres en sel, l'alimentation apporte 1 à 2g de sel par jour. A cette alimentation de base, vous pouvez donc ajouter 1 aliment riche en sel par jour, selon vos goûts et grâce aux équivalences, sachant que

Chaque portion = 1g de sel



$\frac{1}{4}$ de baguette ou 4 tranches de pain de mie

$\frac{1}{2}$ assiette de légumes en conserve ou de légumes cuisinés surgelés ou 1 louche de potage en brique

1 portion d'environ 40g de fromage (autre que ceux qui sont pauvres en sel et cités ci-dessus)

1 tranche de jambon blanc ou 1 saucisse ou 2 rondelles de saucisson

1 tranche de saumon fumé ou 6 crevettes roses ou 6 huîtres (sans leur eau) ou 1 petite boîte de poisson en conserve

1 pâtisserie du commerce ou 1 quiche individuelle du commerce ou 1 petite part de pizza

2 pincées de sel ou $\frac{1}{4}$ de bouillon cube ou 1 c à soupe de moutarde

Ne négligez pas vos apports nutritionnels : ne diminuez pas vos rations alimentaires et pour garder le plaisir de manger, assaisonnez vos plats avec les épices et les herbes. Mettez sur le « sucré-salé » pour agrémentez vos plats en sauce.

ATTENTION : NE JAMAIS CONSOMMER DE SEL DE POTASSIUM,

ces sels de potassium sont utilisés comme substituts du sel (sodium) de table et peuvent entraîner une hyperkaliémie mortelle : parlez-en à votre médecin.

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

11b – Mon régime HYPOSODÉ recommandé 4 à 6g de sel par jour



Les Objectifs

Limiter les œdèmes



Qualité de vie

Adhésion au régime

Voici la liste des aliments très pauvres en sel que vous pouvez consommer :



Tous les fruits qu'ils soient frais, surgelés ou en conserve. Tous les fruits secs (pruneaux, dattes, figes...) et oléagineux (noix, amandes, noisettes) non salés.



Tous les légumes frais, ou surgelés non cuisinés (au naturel).



Les protéines animales : œuf, volaille, viande et poisson frais ou surgelés non cuisinés.



Des produits laitiers : lait, yaourt, fromage blanc, crème dessert du commerce, glace, Emmental, Mozzarella, Ricotta.



Des produits céréaliers : Pain et biscottes sans sel, pain azyme, galette de riz, les céréales et légumineuses achetées non cuisinées (pâtes, riz, semoule, lentilles, haricots en grains, pois cassés), farine de blé, maizena, fécule de pomme de terre.



Certains biscuits et pâtisseries : gaufrettes aux fruits, boudoirs, macarons, pâtisserie préparée à la maison sans levure chimique, pâtisserie préparée à la maison avec de la levure de boulanger.



Certaines confiseries : chocolat, confiture, miel, sucre blanc et sucre roux.



Certains assaisonnements : huile, beurre doux, crème fraîche, margarine et toutes les herbes fraîches, surgelées ou sèches, poivre, épices, vinaigre, ail, échalote.



Certaines boissons : eau plate, jus de fruit, soda, sirop de fruit, certaines eaux gazeuses : Perrier, Salvétat, San Pellegrino, café, thé, tisane, boisson chocolatée, chicoré.

En consommant tous ces aliments pauvres en sel, l'alimentation apporte 1 à 2g de sel par jour.

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

A cette alimentation de base, vous pouvez donc ajouter 1 aliment riche en sel par jour, selon vos goûts et grâce aux équivalences, sachant que

Chaque portion = 1g de sel



$\frac{1}{4}$ de baguette ou 4 tranches de pain de mie

$\frac{1}{2}$ assiette de légumes en conserve ou de légumes cuisinés surgelés ou 1 louche de potage en brique

1 portion d'environ 40g de fromage (autre que ceux qui sont pauvres en sel et cités ci-dessus)

1 tranche de jambon blanc ou 1 saucisse ou 2 rondelles de saucisson

1 tranche de saumon fumé ou 6 crevettes roses ou 6 huîtres (sans leur eau) ou 1 petite boîte de poisson en conserve

1 pâtisserie du commerce ou 1 quiche individuelle du commerce ou 1 petite part de pizza

2 pincées de sel ou $\frac{1}{4}$ de bouillon cube ou 1 c à soupe de moutarde

Ne négligez pas vos apports nutritionnels : ne diminuez pas vos rations alimentaires et pour garder le plaisir de manger, assaisonnez vos plats avec les épices et les herbes. Mettez sur le « sucré-salé » pour agrémenter vos plats en sauce.

ATTENTION : NE JAMAIS CONSOMMER DE SEL DE POTASSIUM,

ces sels de potassium sont utilisés comme substituts du sel (sodium) de table et peuvent entraîner une hyperkaliémie mortelle : parlez-en à votre médecin.

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

12. LISTE de mes RENDEZ-VOUS

À VENIR ET À PRÉVOIR



Rendez-vous à venir :

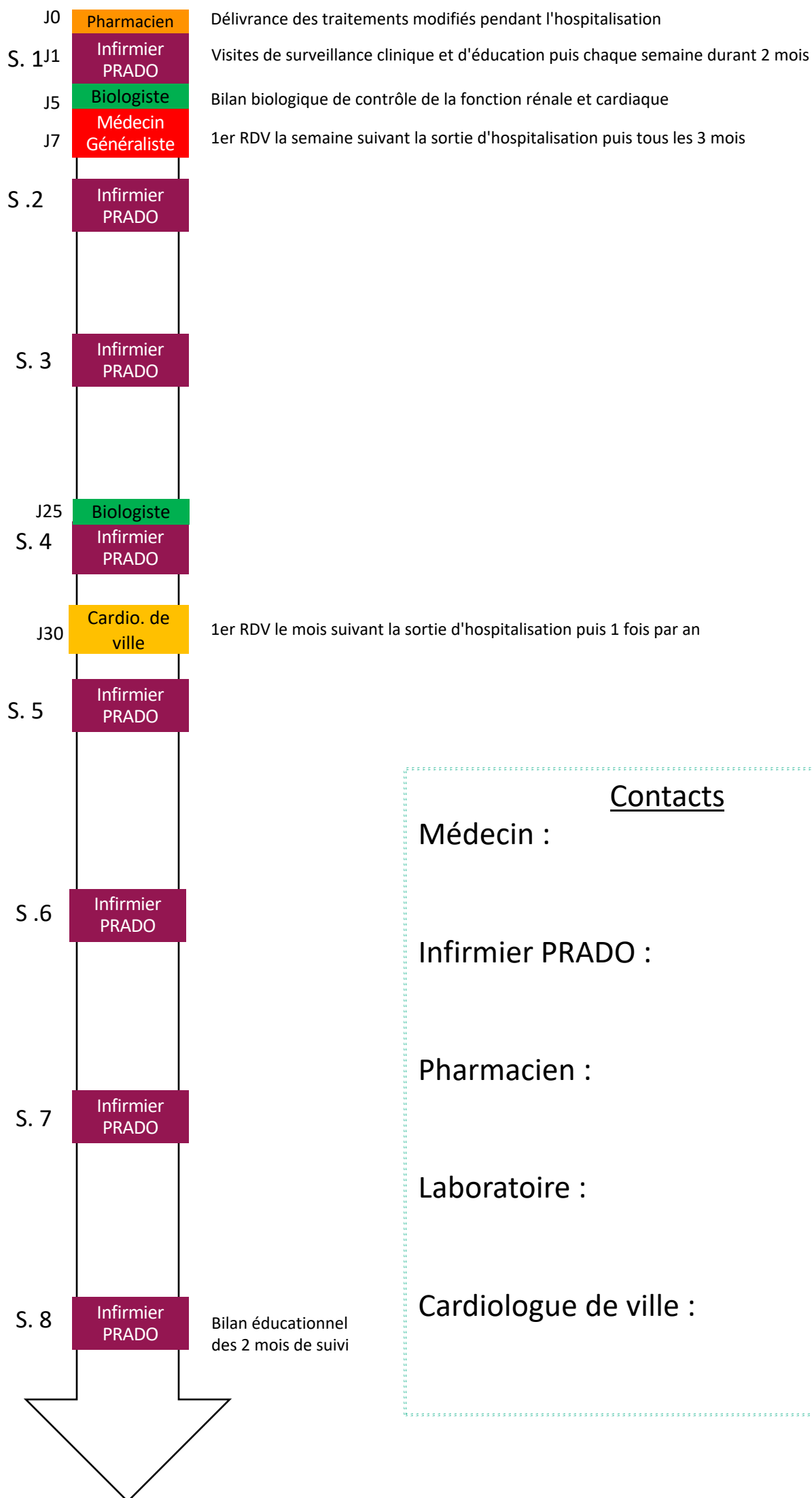
DATE du RDV	Spécialité	Professionnel rencontré	Lieu	But du RDV

Rendez-vous à prévoir :

Spécialité	Professionnel rencontré	Lieu	But du RDV

Chronologie à suivre suite à une hospitalisation pour décompensation cardiaque

Patient à forme modérée (NYHA I et II)



Contacts

Médecin :

Infirmier PRADO :

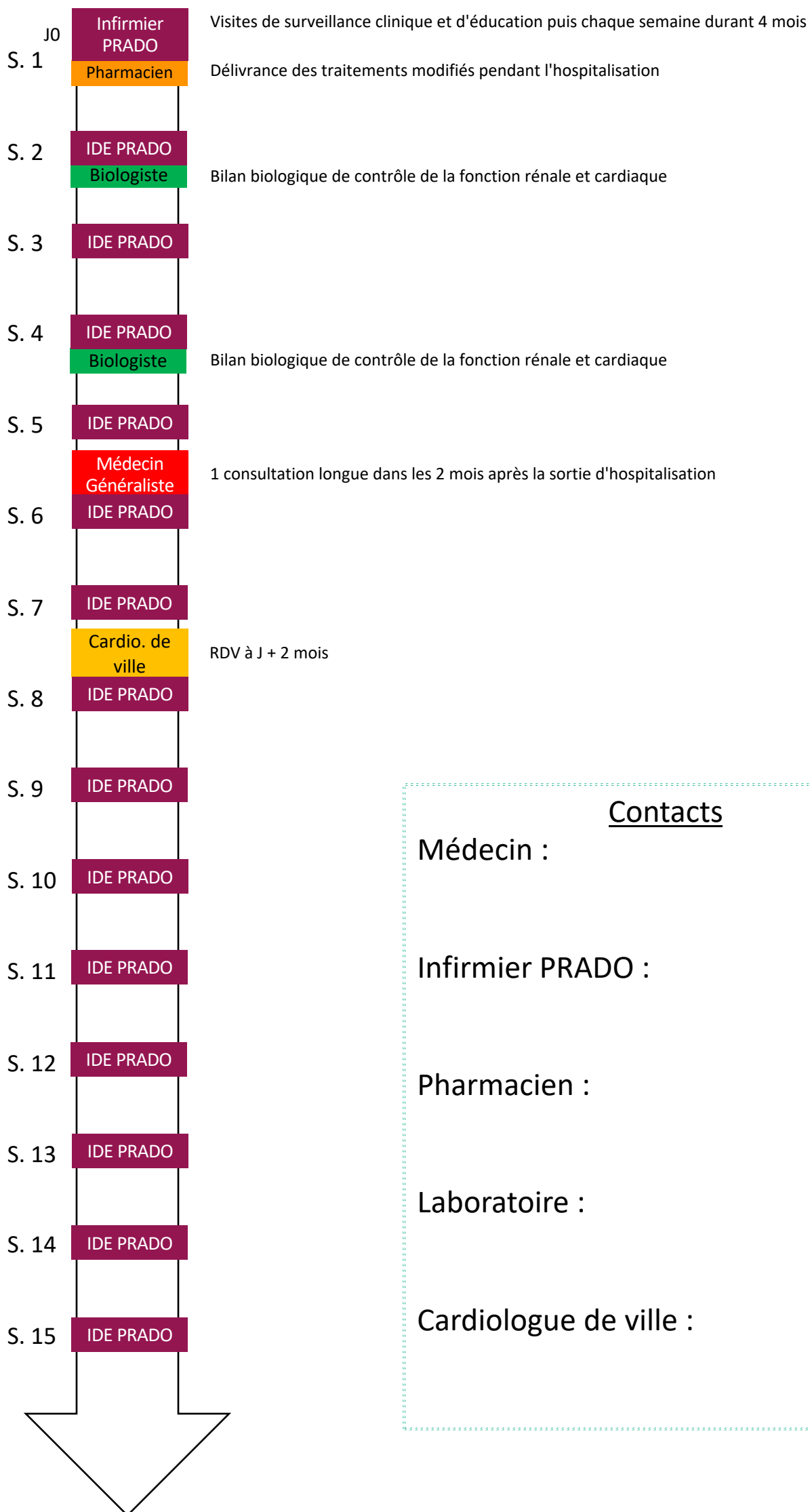
Pharmacien :

Laboratoire :

Cardiologue de ville :

Chronologie à suivre suite à une hospitalisation pour décompensation cardiaque

Patient à forme sévère (NYHA III et IV)



Contacts

Médecin :

Infirmier PRADO :

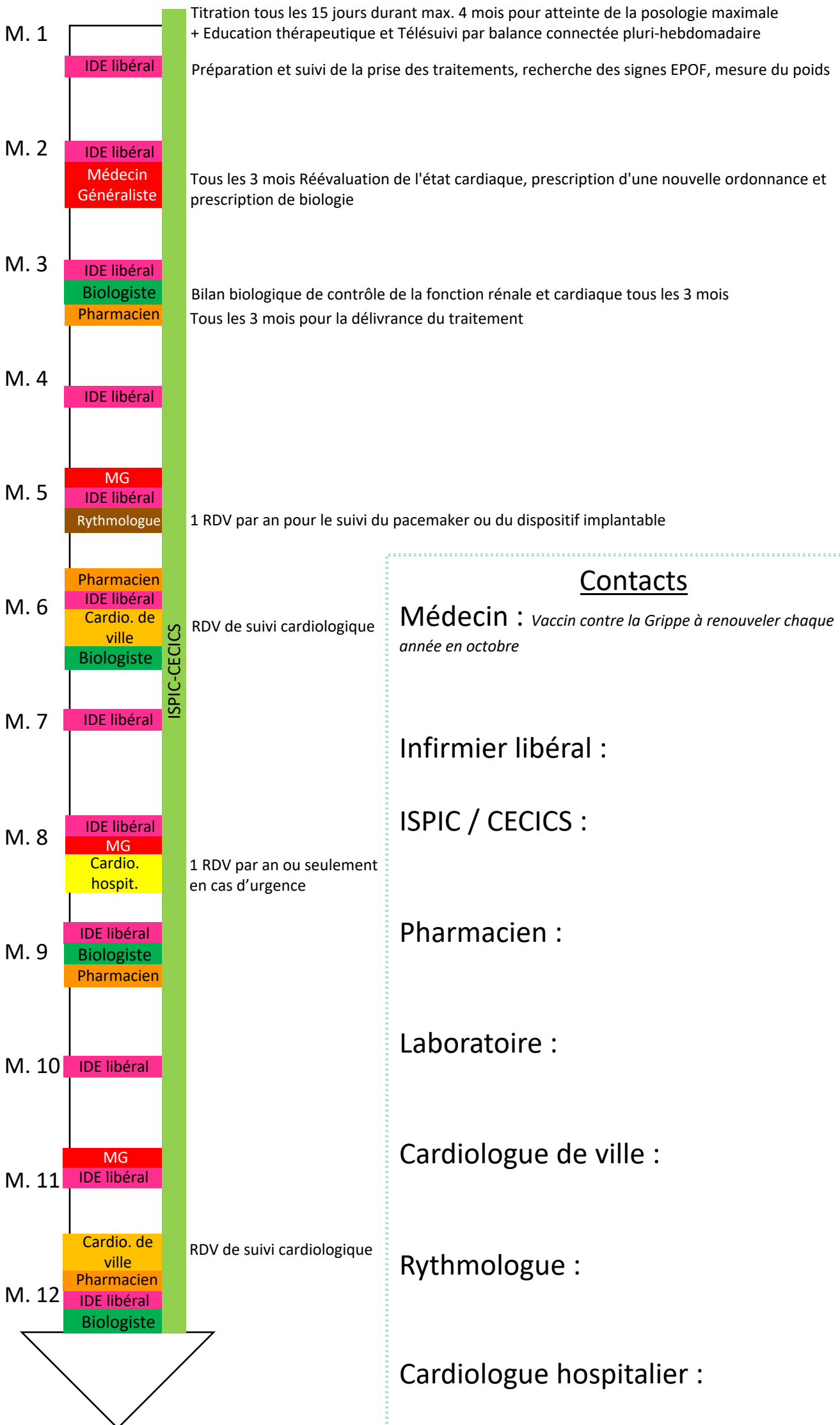
Pharmacien :

Laboratoire :

Cardiologue de ville :

Chronologie à suivre pour un suivi chronique stabilisé

Patient à forme modérée (NYHA I et II)



Chronologie à suivre pour un suivi chronique stabilisé

Patient à forme sévère (NYHA III et IV)

