



PRISE EN CHARGE DES INSUFFISANTS CARDIAQUES

FICHE DE SORTIE D'HOSPITALISATION

Nom : Prénom : Tél. : Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Date de naissance : ---- / ---- / ---- Date d'entrée : Date de sortie :	Rempli par : Nom : Prénom Etablissement :
<u>Correspondants :</u> - Cardiologue: - Médecin traitant : - Infirmière à domicile :	
ANTECEDENTS	
<u>Chirurgicaux</u> <input type="checkbox"/> Angioplastie coronaire <input type="checkbox"/> Pontage coronaire <input type="checkbox"/> Chirurgie valvulaire <input type="checkbox"/> Pace maker <input type="checkbox"/> Défibrillateur	<u>Type de cardiopathie</u> <input type="checkbox"/> Ischémique <input type="checkbox"/> Hypertensive <input type="checkbox"/> Valvulaire <input type="checkbox"/> Dilatée <input type="checkbox"/> Autre :
<u>Médicaux</u> <input type="checkbox"/> Dyslipémie <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Tabac Sevrage depuis : <input type="checkbox"/> Diabète DNID - DID <input type="checkbox"/> Alcool Sevrage depuis : <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire <input type="checkbox"/> Allergie à <input type="checkbox"/> Artérite mb inférieur <input type="checkbox"/> Thromboembolie veineuse <input type="checkbox"/> Glaucome
Commentaires :	

Facteurs déclenchant de l'hospitalisation :	Type de cardiopathie
<input type="checkbox"/> Ischémie	<input type="checkbox"/> Ischémique
<input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> Hypertensive
<input type="checkbox"/> Dysthyroïdie	<input type="checkbox"/> Valvulaire
<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Dilatée
<input type="checkbox"/> Infectieux	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Rythmique	
<input type="checkbox"/> Iatrogène	
<input type="checkbox"/> Non observance traitement	
<input type="checkbox"/> Non observance consigne hygiéno-diététiques	

SIGNES CLINIQUES à l'entrée		Date :			
Dyspnée : Stade N.Y.H.A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
Tension Artérielle :					
Fréquence cardiaque :	bpm		Poids :		Kg
<input type="checkbox"/> OAP					
<input type="checkbox"/> IVG					
<input type="checkbox"/> Insuffisance globale					
<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque droite					
Œdème	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++		

SIGNES CLINIQUES à la sortie		Date :			
Dyspnée : Stade N.Y.H.A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
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"/> ++		

ECG	ECHOCARDIOGRAPHIE
Date examen : ----/----/----	Date examen : ----/----/----
<input type="checkbox"/> Sinusal	FE : %
<input type="checkbox"/> ACFA	DTDVG : mm
<input type="checkbox"/> Bloc Branche Gauche	Épaisseur pariétale : mm
<input type="checkbox"/> Bloc Branche Droit	PAPs : mmHg
<input type="checkbox"/> Hypertrophie Ventriculaire Gauche	Doppler mitral : Stade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> Electro entraîné	IAo : ---- / 4 IM : ---- / 4
<input type="checkbox"/> QRS Large >14	RA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non gr moy : suf.
<input type="checkbox"/> Troubles de la repolarisation	RM <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non gr moy : suf.
<input type="checkbox"/> Troubles de la conduction	VCI :

BIOLOGIE ou joindre copie du dernier résultat

Date examen : ----/----/----

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

RECOMMANDATIONS :

- ✓ Apports sodés autorisés g de sel par jour
- ✓ Apports hydriques autorisés L/par jour
- ✓ Fréquence de la pesée fois/semaine

 SOINS TECHNIQUES ASSOCIES

Si oui le ou lesquels

**Merci de joindre un compte rendu d'hospitalisation
avec les traitements.**