



**INFORMATION LORS DU CONGÉ DU PATIENT**  
**Syndrome Coronarien Aigu**  
**Cardiologie**

Je sais que je dois suivre les directives ci-dessous en raison :  D'Une Crise Cardiaque  D'Angine

**1. TPrendre mes médicaments :**

Je comprends que certains médicaments peuvent m'aider à prévenir une crise cardiaque et à prolonger ma vie.  
Je prendrai les médicaments ci-dessous:

- Aspirine  Oui  Non  CI \_\_\_\_\_
- Bétabloqueurs  Oui  Non  CI \_\_\_\_\_
- Inhibiteurs de l'ECA  Oui  Non  CI \_\_\_\_\_
- Hypocholestérolémiants  Oui  Non  CI \_\_\_\_\_
- Antiagrégants plaquettaires  Oui  Non  CI \_\_\_\_\_
- Nitroglycérine  Oui  Non  CI \_\_\_\_\_  
(pulvérisateur/comprimés/timbres)

CI =  
Contre-indication

**Ces médicaments sont utilisés dans le cadre des meilleures pratiques.**  
**Si aucun des médicaments mentionnés ci-dessus n'a été prescrit lors de mon hospitalisation,**  
**je dois en discuter avec mon médecin lors de ma visite de suivi.**

**Directives pour le patient :**

- Je ne dois **jamais** cesser de prendre l'aspirine ou les antiagrégants plaquettaires sans avoir consulté mon cardiologue.
- À mon retour à la maison, je demanderai à mon pharmacien de me fournir une liste à jour de mes médicaments.
- **Directives de conduite automobile :** Assurez-vous de demander à votre cardiologue quand vous pourrez recommencer à conduire.

Attendez 1 mois si vous avez été admis en raison d'une crise cardiaque; attendez 3 mois si vous conduisez un véhicule dans le cadre de votre travail. Vous pouvez commencer à conduire 2 jours plus tard si vous avez été admis pour subir une angioplastie.

Renseignements supplémentaires/commentaires :

**2. Cesser de fumer :**

Je comprends que l'usage du tabac comporte un risque majeur dans le développement de la coronaropathie. Le tabagisme peut également causer d'autres affections pouvant écourter ma vie.

Je fume et on m'a conseillé de cesser.  Oui  Non  CI (non fumeur)

On m'a prescrit un médicament pour m'aider à cesser de fumer.  Oui  Non  S.O.

Si je désire cesser de fumer, je peux communiquer avec le personnel du Programme d'abandon du tabac en composant le 613-696-7069.

**3. Suivre un régime alimentaire faible en gras :**

Je comprends qu'un régime faible en cholestérol et en gras peut m'aider à réduire mes risques de subir une crise cardiaque. J'ai reçu le Guide pour un mode de vie sain ainsi que des renseignements concernant le régime à faible teneur en gras et je connais mes taux sanguins de cholestérol et de lipides.  Oui  Non

**Si non, je dois discuter de mes taux sanguins de cholestérol et de lipides avec mon médecin lors de ma visite de suivi.**

**4. Faire de l'exercice régulièrement :**

J'ai reçu des consignes d'activité physique pour les quelques semaines à venir, avant de commencer la réadaptation cardiaque.  Oui  Non

J'ai été orienté vers le programme de réadaptation cardiaque.  Oui  Non

Si vous n'avez pas eu de nouvelles des responsables du programme de réadaptation cardiaque au cours des 2 dernières semaines, veuillez composer le 613-696-7068.

**5. M'informer au sujet de la maladie du coeur :**

Au cours de mon hospitalisation, j'ai reçu de l'information sur la santé cardiaque (documents informatifs et livret relatif au congé).  Oui  Non

Je sais quoi faire si mes symptômes apparaissent de nouveau.  Oui  Non

Je comprends comment prendre ma nitroglycérine en aérosol lorsque j'ai des symptômes.  Oui  Non

J'ai obtenu des directives relativement aux médicaments que j'ai reçus à mon congé.  Oui  Non

J'ai trouvé quelqu'un à qui communiquer tous ces renseignements.  Oui  Non

**6. Faire un suivi auprès de mon médecin :**

J'ai un rendez-vous de suivi avec le cardiologue, Dr \_\_\_\_\_  
le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Je dois appeler le Dr \_\_\_\_\_  
à \_\_\_\_\_ pour un rendez-vous d'ici \_\_\_\_\_ semaines.

**Je dois prendre rendez-vous avec mon médecin de famille d'ici 1 à 2 semaines.**

Nom du patient (en lettres moulées) \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_