



**CONGÉ DE L'HÔPITAL
RENSEIGNEMENTS SUR
L'INSUFFISANCE CARDIAQUE**

Je comprends que je dois respecter les indications suivantes parce que j'ai été traité pour l'insuffisance cardiaque. Ma fraction d'éjection est de _____ % (la normale est de 50 %)

1. Alimentation :

Je comprends qu'une diète faible en sel (sodium) de 2000 mg par jour est recommandée pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Cela préviendra l'essoufflement et l'enflure aux pieds et à la cheville.

On m'a renseigné au sujet d'une alimentation faible en sel/sodium de 2000 mg par jour. Oui Non

Je comprends que je dois lire les étiquettes sur les aliments pour en connaître le contenu en sel/sodium. Oui Non

Je sais que je dois restreindre mon apport en fluides à entre 1,5 et 2 litres par jour (incluant eau, jus, lait, boissons gazeuses, thé, café, jello, soupes, crème glacée, popsicles, alcool, glaçons, etc.) Oui Non

2. Pesée quotidienne :

Je comprends que je dois me peser tous les jours et j'ai reçu les instructions nécessaires pour tenir un registre de mon poids. Oui Non

À mon congé, mon poids est de _____ kg (_____ lb).

Mon poids du lendemain matin de mon retour à la maison est _____ kg (_____ lb).

J'utilise présentement un outil de suivi du poids. Oui Non

3. Prise de médicaments :

CI = Contre-indiqué

Je comprends que je dois prendre certains médicaments qui visent à prévenir d'autres épisodes d'insuffisance cardiaque et à prolonger ma vie en améliorant ma santé. Je prendrai les médicaments ci-dessous :

Inhibiteur de l'ECA ou ARA ou IRA Oui Non CI _____

ARNI (Entresto) Oui Non CI _____

Bétabloquant Oui Non CI _____

Diurétique Oui Non CI _____

Spironolactone Oui Non CI _____

Digoxine Oui Non CI _____

Potassium Supplément Oui Non CI _____

4. À mon admission, j'étais atteint du syndrome coronarien aigu : Oui Non

Si oui, je prendrai les médicaments suivants :

AAS Yes No CI _____

Antiagrégants Yes No CI _____

Agent hypolipidémiant Yes No CI _____

Ces médicaments sont utilisés dans le cadre des meilleures pratiques. En fonction du diagnostic que j'ai reçu, il est possible que certains ou tous ces médicaments me soient prescrits. Je consulterai mon médecin si j'ai des questions.

5. Renseignements supplémentaires/commentaires :

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 suis fumeur et on m'a recommandé d'arrêter de fumer. Oui Non CI (non-fumeur)

On m'a donné un médicament pour m'aider à arrêter de fumer. Oui Non N/A

Si je désire cesser de fumer, je peux communiquer avec le personnel du Programme d'abandon du tabac en composant le **613-761-4753**.

6. Faire régulièrement de l'activité physique :

On m'a fourni des lignes directrices. Oui Non

Non On m'a aiguillé vers un centre de réadaptation cardiaque. Oui Non

Si je n'ai pas eu de nouvelles des responsables du programme de réadaptation cardiaque au cours des 2 prochaines semaines, je peux appeler au **613-761-4572**.

7. Information sur l'insuffisance cardiaque :

J'ai reçu de l'information sur l'insuffisance cardiaque (livret et ressources éducatives sur l'insuffisance cardiaque) durant mon hospitalisation. Oui Non

Je sais ce que je dois faire si mes symptômes réapparaissent. Oui Non

J'ai reçu de l'information sur les médicaments que je dois prendre à ma sortie de l'hôpital. Oui Non

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

8. Faire un suivi auprès de mon médecin :

J'ai un rendez-vous de suivi avec un cardiologue/interniste :

Dr. _____ à _____ le _____.

Je dois téléphoner à Dr. _____ à _____ pour prendre un rendez-vous d'ici _____ semaines.

Je dois prendre rendez-vous avec mon médecin de famille dans 1 à 2 semaines et l'interroger sur les analyses sanguines nécessaires pour mon suivi.

9. Directives pour le patient :

Je comprends qu'un des médicaments les plus importants de mon traitement est un diurétique. Je rentrerai chez moi le :

Je comprends qu'il est essentiel d'aviser mon médecin de famille si je présente l'un des symptômes suivants :

- Difficulté accrue à respirer;
- Prise de poids de plus de 1 kg (2 lb) en une (1) journée ou 2,3 kg (5 lb) en une (1) semaine;
- Enflure au niveau des chevilles, des jambes ou de l'abdomen.

10. Cours pour les patients :

Rendez-vous - Insuffisance cardiaque 101 : On m'a donné une carte de rendez-vous Oui Non

Nom du patient (lettres moulées) _____ Signature _____ Date (aaaa/mm/jj) _____ Heure _____