



UNIVERSITY OF OTTAWA
HEART INSTITUTE
INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Liste de contrôle fondée sur les lignes directrices INFORMATION LORS DU CONGÉ DU PATIENT INSUFFISANCE CARDIAQUE

Je sais que je dois respecter les directives suivantes parce que j'ai reçu un traitement contre l'insuffisance cardiaque. J'ai une fraction d'éjection de _____ %. (Valeur maximale environ 50%)

1. Alimentation :

Je comprends qu'un régime pauvre en sel, aussi appelé « sodium », **(2 000 mg par jour)** est recommandé pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Ce type de régime aide à prévenir les essoufflements et l'enflure des pieds et des chevilles.

J'ai reçu une formation sur le régime pauvre en sel/sodium **(2 000 mg par jour)**. ☐ Oui ☐ Non

Je comprends que je dois lire les étiquettes des aliments pour connaître leur teneur en sel/sodium. ☐ Oui ☐ Non

Je comprends que je dois mesurer mon apport de liquides et en consommer de **1,5 à 2** litres par jour (p. ex., eau, jus, lait, boissons gazeuses, thé, café, gelée dessert, soupes, crème glacée, sucette glacée, alcool, glaçons, etc.). ☐ Oui ☐ Non

2. Pesée quotidienne : Je comprends que je dois me peser chaque jour; j'ai reçu des directives sur la façon de consigner mon poids quotidiennement. ☐ Oui ☐ Non

À mon congé, mon poids est de _____ lbs.

Mon poids du lendemain matin de mon retour à la maison est _____ lbs.

3. Médicaments : 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 :

Inhibiteurs de l'ECA OU ARA ☐ Oui ☐ Non ☐ CI _____

Bêtabloqueurs ☐ Oui ☐ Non ☐ CI _____

Diurétiques ☐ Oui ☐ Non ☐ CI _____

Spironolactone ☐ Oui ☐ Non ☐ CI _____

Digoxin ☐ Oui ☐ Non ☐ CI _____

Supplément de potassium ☐ Oui ☐ Non ☐ CI _____

CI=

Contra-
indication

4. J'ai été admis en raison du syndrome coronarien aigu : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, je prendrai les médicaments ci-dessous :

AAS ☐ Oui ☐ Non ☐ CI _____

Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire ☐ Oui ☐ Non ☐ CI _____

Hypolipidémiant ☐ Oui ☐ Non ☐ CI _____

***Ces médicaments font partie des meilleures pratiques en matière de traitement.
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. Abandon du tabac : Je comprends que l'usage du tabac comporte un risque majeur dans le développement de la maladie du cœur. 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 souhaite cesser de fumer, je peux joindre le personnel du Programme d'abandon du tabac au **613-761-4753**.

6. Exercice régulier : J'ai reçu des directives en matières d'exercice. ☐ Oui ☐ Non

J'ai été orienté vers le programme 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 quoi faire si mes symptômes apparaissent de nouveau. ☐ Oui ☐ Non

J'ai reçu des directives relativement aux médicaments qu'on m'a prescrits à mon congé. ☐ Oui ☐ Non

8. Suivi auprès du médecin :

☐ J'ai un rendez-vous de suivi avec un cardiologue/interniste le D^r _____ à _____ le _____. ☐ Je dois appeler le D^r _____, au _____, pour 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 propres au patient : Je comprends qu'un des médicaments les plus importants de mon traitement est un diurétique. Je rentrerai chez moi prenant ces médicaments :

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 2 lbs en une (1) journée ou 5 lbs en une (1) semaine;
- Enflure au niveau des chevilles, des jambes ou de l'abdomen.

Initiales de l'infirmière

Date

Signature du patient

Date