



**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 \_\_\_\_\_

CI=

Digoxin  Oui  Non  CI \_\_\_\_\_

Contra-  
indication

Supplément de potassium  Oui  Non  CI \_\_\_\_\_

**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 matière 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 Dr \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_.  Je dois appeler le Dr \_\_\_\_\_, 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 rentrera 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
---------------------------	------	----------------------	------