

**FICHE MEDICALE D'ORIENTATION AU RESEAU**

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

DDN : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| Sexe : H  F  Poids \_\_\_\_\_ kg Taille \_\_\_\_\_ cm IMC \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. Mobile |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Tél. Domicile |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Coordonnées aidant : NA Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Tél |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Lien avec le patient \_\_\_\_\_

Médecin traitant : Dr \_\_\_\_\_ Tél |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse \_\_\_\_\_

Cardiologue : Dr \_\_\_\_\_ Tél |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse \_\_\_\_\_

**INSUFFISANCE CARDIAQUE**

ANNEE DE DIAGNOSTIC : |\_|\_|\_|\_|\_| FEVG |\_|\_|%

HOSPITALISATIONS ANTERIEURES POUR IC :  OUI (dernière connue : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|)  NON

CARDIOMYOPATHIE DILATEE A CORONAIRES SAINES :  OUI  NON

CARDIOPATHIE HYPERTROPHIQUE :  OUI  NON

VALVULOPATHIES :  OUI ( \_\_\_\_\_ )  NON

**INFORMATIONS NECESSAIRES A LA PRISE EN CHARGE EDUCATIVE**

REGIME HYPOSODE : Quantité quotidienne TOTALE de sel autorisée : |\_|\_|grammes / jour

DIFFICULTES POUR SE DEPLACER :  OUI ( \_\_\_\_\_ )  NON

ACCES INTERNET A DOMICILE :  OUI  NON

FREINS AU SUIVI :  OUI ( \_\_\_\_\_ )  NON

**ANTECEDENTS CARDIOVASCULAIRES / COMORBIDITES**

TABAGISME  OUI ( Actif  Sevré Nb de PA \_\_\_\_\_)  NON

CONSUMMATION D'ALCOOL  OUI ( Active - Unités/j \_\_\_\_\_)  Sevrée)  NON

HYPERTENSION ARTERIELLE  OUI  NON

DYSLIPIDEMIE  OUI  NON

DIABETE  OUI ( Type 1  Type 2)  NON

INSUFFISANCE RENALE  OUI (Stade \_\_\_\_\_)  NON

BPCO/ASTHME  OUI  NON

SYNDROME D'APNEE DU SOMMEIL  OUI  NON

ANGOR  OUI  NON

SYNDROME CORONAIRE AIGU  OUI (année |\_|\_|\_|\_|\_|)  NON

TROUBLES DU RYTHME  OUI (Précisez : \_\_\_\_\_)  NON

PACE-MAKER  OUI (depuis |\_|\_|\_|\_|\_|)  NON

DEFIBRILLATEUR IMPLANTABLE  OUI (depuis |\_|\_|\_|\_|\_|)  NON

THROMBOSE VEINEUSE/EMBOLIE PULM.  OUI  NON

CANCER (Localisation : \_\_\_\_\_)  EN COURS DE TRAITEMENT  EN REMISSION

**AUTRES ANTECEDENTS NOTABLES**

MEDICAUX \_\_\_\_\_

CHIRURGICAUX \_\_\_\_\_

**TRAITEMENTS**

BETA-BLOQUANTS  IEC  ARA 2  ENTRESTO®

GLIFLOZINES  ANTI-ALDOSTERONE

DIURETIQUES DE L'ANSE  DIURETIQUES THIAZIDIQUES  INHIBITEURS CALCIQUES

ANTICOAG. ORAL DIRECT  ANTI-VITAMINE K  ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE

HYPOLIPEMIANT  ANTI-ARYTHMIQUES

AUTRE \_\_\_\_\_

DATE : |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_| REMPLIE PAR : \_\_\_\_\_ (profession/fonction : \_\_\_\_\_)

**DOCUMENT VALIDANT L'ORIENTATION MEDICALE DU PATIENT AU RESEAU, A ADRESSER A LA COORDINATION INFIRMIERE :**

**PAR FAX : 01.49.28.33.18**

**PAR COURRIER : RESICARD – Hôpital Saint-Antoine – Service de cardiologie – 184 rue du Faubourg Saint-Antoine 75012 PARIS**