

Suis Ton Coeur™



CARNET DE SUIVI pour suivre mon insuffisance cardiaque au quotidien

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance

Téléphone _____

eMail _____

Mes numéros utiles

SAMU : 15 ou 112 • POMPIERS : 18

AIDANT FAMILIAL
(plus proche parent ou ami)

.....

MÉDECIN TRAITANT

.....

CARDIOLOGUE

.....

CENTRE HOSPITALIER

.....

LABORATOIRE
D'ANALYSES MÉDICALES

.....

INFIRMIER(ÈRE)

.....

PHARMACIEN

.....

AIDE MÉNAGÈRE

.....

DIÉTÉTICIENNE

.....

AUTRE

.....

Mon insuffisance cardiaque (IC)

Premier bilan, effectué le

Âge : ans • Sexe : M F

Poids et taille : kg et cm

IMC : _____

Stade NYHA : _____

Fraction d'éjection : %

Tension artérielle : PAS mmHg • PAD mmHg

Cause de l'IC : _____

Défibrillateur : oui non

Stimulateur multisite : oui non

Nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque :

Date de la dernière hospitalisation :

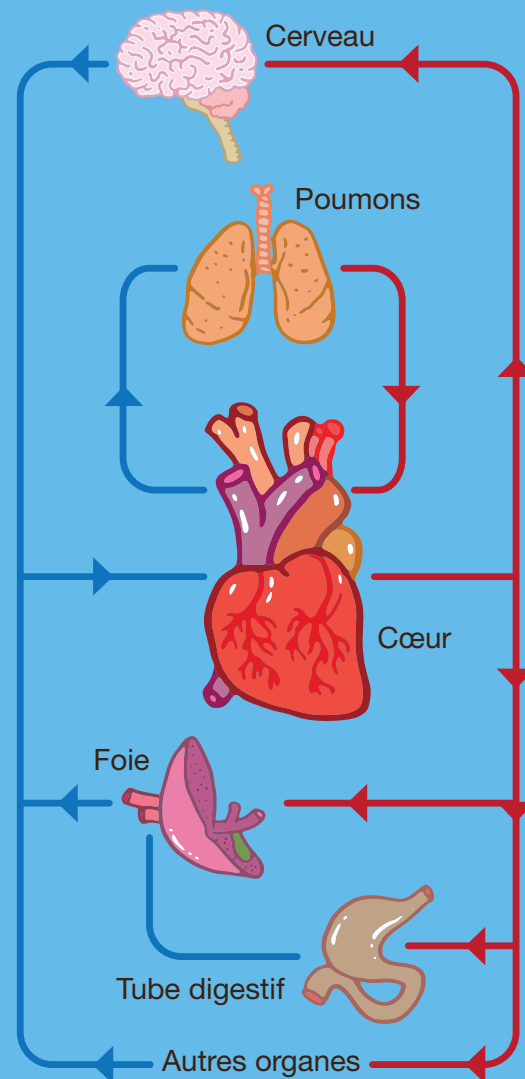


Je comprends l'insuffisance cardiaque (IC)

Le cœur est un muscle dont le rôle est d'éjecter le sang qui apporte aux organes l'oxygène et les éléments nutritifs nécessaires à leur bon fonctionnement ^{1,2}.

Dans l'insuffisance cardiaque, il perd de sa force et ne peut plus jouer son rôle de pompe pour couvrir les besoins de l'organisme ^{1,2}.

Les symptômes apparaissent tout d'abord à l'effort puis après une certaine évolution au repos.



L'insuffisance cardiaque n'est pas une maladie uniquement de la personne âgée.

Celle-ci peut survenir dans les suites d'un infarctus du myocarde (une zone étendue du cœur ne se contracte plus), être secondaire à une hypertension artérielle, ou à une cardiomyopathie (maladie du muscle cardiaque) ^{1,2}.



Je connais ma maladie _____

Je comprends mes symptômes^{3,4}

Connaître les signes d'aggravation cardiaque est **essentiel** pour permettre une prise en charge précoce et éviter l'hospitalisation. Les manifestations suivantes signent une aggravation et doivent m'alerter.

Fatigue^{1,2,3}

« Je n'ai plus le courage d'aller faire mes courses. »



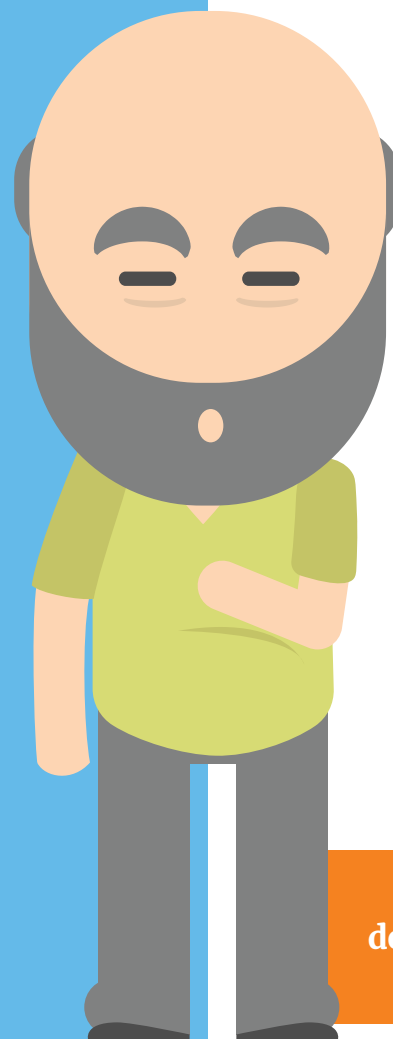
Essoufflement^{1,2,3}

« Je suis plus essoufflé(e) que d'habitude. »
« Je suis essoufflé(e) en position couchée. Je respire mieux assis(e). »



Gonflement/cédème^{1,2,3}

« Mes chevilles, mes pieds ou mes jambes sont enflés. »



Toux inhabituelle^{1,3}

« Je tousse depuis plusieurs jours et ça me réveille la nuit... »



Baisse de la pression artérielle³

« J'ai des vertiges, un malaise ou une perte de connaissance. »



Rythme cardiaque³

« J'ai l'impression que mon cœur bat plus vite. »



Poids³

« Mon poids a augmenté de 2 kilos ou plus en 3 jours. »



L'apparition ou l'aggravation d'un ou plusieurs de ces signes doit vous amener à consulter rapidement votre médecin traitant ou votre cardiologue

Je connais ma maladie _____

J'adapte mon mode de vie^{3,4}

limiter l'apport en liquides

La consommation de liquides **ne doit pas dépasser 2 litres d'eau par jour**. Cette quantité comprend toutes les boissons, ainsi que les glaçons, les aliments à forte humidité tels que les fruits et les glaces.

limiter la consommation de sel

Le sel provoque une rétention d'eau. En cas d'insuffisance cardiaque, il importe de suivre un régime pauvre en sel pour éviter de retenir l'eau dans votre corps et de rendre encore plus difficile le travail de pompe de votre cœur.

Votre consommation de sel ne doit pas dépasser 6 g de sel par jour.

Or une alimentation cuisinée strictement sans sel, et sans ajout d'aliments salés, contient naturellement 2 g de sel. Il est donc important de **ne pas ajouter trop de sel à vos plats** et d'éviter les aliments à forte teneur en sel .

Quelques aliments à forte teneur en sel

- Pain
- Fromage
- Plats préparés
- Cacahuètes salées
- Eau gazeuse
- Soupe
- Charcuterie
- Aliments en conserves
- Vinaigrette



Quelques repères, 1g de sel équivaut à :

- 1 pincée de sel
- 1 tranche de jambon blanc
- 80 g de pain ou 10 biscottes
- 40 g de fromage
- 1 rondelle de saucisson
- 6 huîtres (sans l'eau)

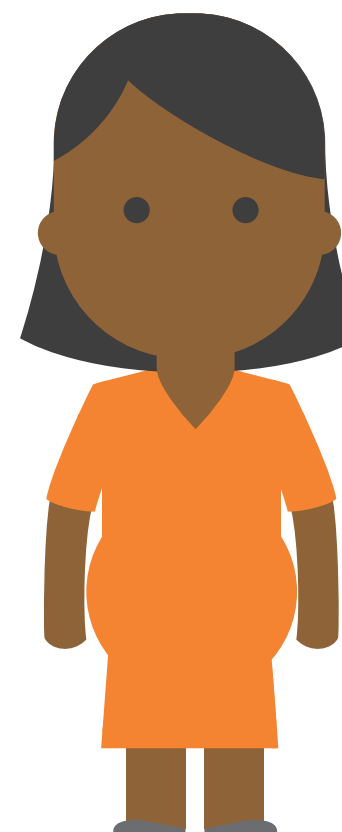
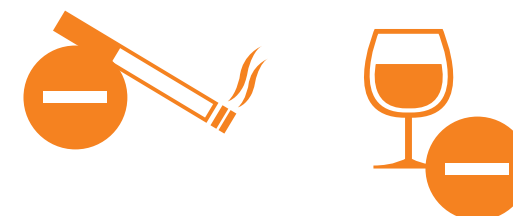
1 g de sel ou de chlorure de sodium = 0,4 g de sodium



Suis Ton
Coeur™

www.suistoncoeur.fr

En fonction de votre type d'insuffisance cardiaque, votre médecin-traitant ou votre cardiologue vous conseillera de limiter votre consommation de tabac et d'alcool



Bouger et faire de l'exercice

En cas d'insuffisance cardiaque, il est essentiel de poursuivre une activité physique régulière, adaptée à votre âge et votre condition physique. Faire de l'exercice peut améliorer le fonctionnement de votre cœur et lui permettre de battre plus efficacement. Parlez-en à votre médecin ou à votre cardiologue.

Je suis mes symptômes _____

Je me surveille régulièrement

Je me pèse 3 fois par semaine et je note si chacun des symptômes suivants me gêne dans ma vie quotidienne :

0 = pas du tout

1 = légèrement

2 = modérément

3 = fortement



Fatigue



Essoufflement,
gêne pour respirer



Gonflement
des jambes



Toux



Accélération du
cœur, palpitations

Semaine du	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	Mon poids
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg

Je suis mes symptômes _____

Je me surveille régulièrement

Je me pèse 3 fois par semaine et je note si chacun des symptômes suivants me gêne dans ma vie quotidienne :

0 = pas du tout

1 = légèrement

2 = modérément

3 = fortement



Fatigue



Essoufflement,
gêne pour respirer



Gonflement
des jambes



Toux



Accélération du
cœur, palpitations

Semaine du	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	Mon poids
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg

Je suis mes symptômes _____

Je me surveille régulièrement

Je me pèse 3 fois par semaine et je note si chacun des symptômes suivants me gêne dans ma vie quotidienne :

0 = pas du tout
2 = modérément

1 = légèrement
3 = fortement



Fatigue



Essoufflement,
gêne pour respirer



Gonflement
des jambes



Toux



Accélération du
cœur, palpitations

Semaine du	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	Mon poids	
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg

Je suis mes symptômes _____

Je me surveille régulièrement

Je me pèse 3 fois par semaine et je note si chacun des symptômes suivants me gêne dans ma vie quotidienne :

0 = pas du tout
2 = modérément

1 = légèrement
3 = fortement



Fatigue



Essoufflement,
gêne pour respirer



Gonflement
des jambes



Toux



Accélération du
cœur, palpitations

Semaine du	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	Mon poids	
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg

Je suis mes symptômes _____

Je me surveille régulièrement

Je me pèse 3 fois par semaine et je note si chacun des symptômes suivants me gêne dans ma vie quotidienne :

0 = pas du tout
2 = modérément

1 = légèrement
3 = fortement



Fatigue



Essoufflement,
gêne pour respirer



Gonflement
des jambes



Toux



Accélération du
cœur, palpitations

Semaine du	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	Mon poids	
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg

Je suis mes symptômes _____

Je me surveille régulièrement

Je me pèse 3 fois par semaine et je note si chacun des symptômes suivants me gêne dans ma vie quotidienne :

0 = pas du tout
2 = modérément

1 = légèrement
3 = fortement



Fatigue



Essoufflement,
gêne pour respirer



Gonflement
des jambes



Toux



Accélération du
cœur, palpitations

Semaine du	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	Mon poids	
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> kg <input type="text"/> kg <input type="text"/> kg

Je fais le lien entre mes soignants _____

Observations notées par mon médecin traitant ou mon cardiologue

Date	____	____	____	Dr	_____	
Signes fonctionnels						
Fatigue :	0	1	2	3		
	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Fortement		
Dyspnée :	0	1	2	3		
	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Fortement		
Examen clinique						
Poids :	____	kg				
PAS :	____	mmHg	•	PAD :	____	mmHg
FC :	____	/min				
Auscultation cardiaque :	.....				
Auscultation pulmonaire :	.....				
ECG :	.....				
Biologie						
NT-ProBNP :	____	ng/dL	•	BNP :	____	ng/dL
Radiologie						
Radiographie pulmonaire :	.....				
Échographie :	.....				
FEVG :	____	%				
Traitement						
Observations						

Cette rubrique permet d'assurer la transmission et le partage des informations cliniques, biologiques et radiologiques qui vous concernent entre les différents professionnels de santé afin qu'ils vous proposent une prise en charge pertinente et cohérente. Pensez à leur présenter ce carnet pour qu'ils le remplissent.

Date	____	____	____	Dr	_____	
Signes fonctionnels						
Fatigue :	0	1	2	3		
	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Fortement		
Dyspnée :	0	1	2	3		
	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Fortement		
Examen clinique						
Poids :	____	kg				
PAS :	____	mmHg	•	PAD :	____	mmHg
FC :	____	/min				
Auscultation cardiaque :	.....				
Auscultation pulmonaire :	.....				
ECG :	.....				
Biologie						
NT-ProBNP :	____	ng/dL	•	BNP :	____	ng/dL
Radiologie						
Radiographie pulmonaire :	.....				
Échographie :	.....				
FEVG :	____	%				
Traitement						
Observations						

Je fais le lien entre mes soignants _____

Observations notées par mon médecin traitant ou mon cardiologue

Date <input type="text"/>	Dr
Signes fonctionnels	
Fatigue : <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 Pas du tout Légèrement Modérément Fortement	
Dyspnée : <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 Pas du tout Légèrement Modérément Fortement	
Examen clinique	
Poids : <input type="text"/> kg	
PAS : <input type="text"/> mmHg • PAD : <input type="text"/> mmHg	
FC : <input type="text"/> /min	
Auscultation cardiaque :	
Auscultation pulmonaire :	
ECG :	
Biologie	
NT-ProBNP : <input type="text"/> ng/dL • BNP : <input type="text"/> ng/dL	
Radiologie	
Radiographie pulmonaire :	
Échographie :	
FEVG : <input type="text"/> %	
Traitement	
Observations	

Cette rubrique permet d'assurer la transmission et le partage des informations cliniques, biologiques et radiologiques qui vous concernent entre les différents professionnels de santé afin qu'ils vous proposent une prise en charge pertinente et cohérente. Pensez à leur présenter ce carnet pour qu'ils le remplissent.

Date <input type="text"/>	Dr
Signes fonctionnels	
Fatigue : <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 Pas du tout Légèrement Modérément Fortement	
Dyspnée : <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 Pas du tout Légèrement Modérément Fortement	
Examen clinique	
Poids : <input type="text"/> kg	
PAS : <input type="text"/> mmHg • PAD : <input type="text"/> mmHg	
FC : <input type="text"/> /min	
Auscultation cardiaque :	
Auscultation pulmonaire :	
ECG :	
Biologie	
NT-ProBNP : <input type="text"/> ng/dL • BNP : <input type="text"/> ng/dL	
Radiologie	
Radiographie pulmonaire :	
Échographie :	
FEVG : <input type="text"/> %	
Traitement	
Observations	

Je fais le lien entre mes soignants _____

Observations notées par mon médecin traitant ou mon cardiologue

Date	____	____	____	Dr	_____	
Signes fonctionnels						
Fatigue :	0	1	2	3		
	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Fortement		
Dyspnée :	0	1	2	3		
	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Fortement		
Examen clinique						
Poids :	____	kg				
PAS :	____	mmHg	•	PAD :	____	mmHg
FC :	____	/min				
Auscultation cardiaque :	.....				
Auscultation pulmonaire :	.....				
ECG :	.....				
Biologie						
NT-ProBNP :	____	ng/dL	•	BNP :	____	ng/dL
Radiologie						
Radiographie pulmonaire :	.....				
Échographie :	.....				
FEVG :	____	%				
Traitement						
Observations						

Cette rubrique permet d'assurer la transmission et le partage des informations cliniques, biologiques et radiologiques qui vous concernent entre les différents professionnels de santé afin qu'ils vous proposent une prise en charge pertinente et cohérente. Pensez à leur présenter ce carnet pour qu'ils le remplissent.

Date	____	____	____	Dr	_____	
Signes fonctionnels						
Fatigue :	0	1	2	3		
	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Fortement		
Dyspnée :	0	1	2	3		
	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Fortement		
Examen clinique						
Poids :	____	kg				
PAS :	____	mmHg	•	PAD :	____	mmHg
FC :	____	/min				
Auscultation cardiaque :	.....				
Auscultation pulmonaire :	.....				
ECG :	.....				
Biologie						
NT-ProBNP :	____	ng/dL	•	BNP :	____	ng/dL
Radiologie						
Radiographie pulmonaire :	.....				
Échographie :	.....				
FEVG :	____	%				
Traitement						
Observations						

Je fais le lien entre mes soignants _____

Observations notées par mon médecin traitant ou mon cardiologue

Date <input type="text"/>	Dr
Signes fonctionnels	
Fatigue : <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 Pas du tout Légèrement Modérément Fortement	
Dyspnée : <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 Pas du tout Légèrement Modérément Fortement	
Examen clinique	
Poids : <input type="text"/> kg	
PAS : <input type="text"/> mmHg • PAD : <input type="text"/> mmHg	
FC : <input type="text"/> /min	
Auscultation cardiaque :	
Auscultation pulmonaire :	
ECG :	
Biologie	
NT-ProBNP : <input type="text"/> ng/dL • BNP : <input type="text"/> ng/dL	
Radiologie	
Radiographie pulmonaire :	
Échographie :	
FEVG : <input type="text"/> %	
Traitement	
Observations	

Cette rubrique permet d'assurer la transmission et le partage des informations cliniques, biologiques et radiologiques qui vous concernent entre les différents professionnels de santé afin qu'ils vous proposent une prise en charge pertinente et cohérente. Pensez à leur présenter ce carnet pour qu'ils le remplissent.

Date <input type="text"/>	Dr
Signes fonctionnels	
Fatigue : <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 Pas du tout Légèrement Modérément Fortement	
Dyspnée : <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 Pas du tout Légèrement Modérément Fortement	
Examen clinique	
Poids : <input type="text"/> kg	
PAS : <input type="text"/> mmHg • PAD : <input type="text"/> mmHg	
FC : <input type="text"/> /min	
Auscultation cardiaque :	
Auscultation pulmonaire :	
ECG :	
Biologie	
NT-ProBNP : <input type="text"/> ng/dL • BNP : <input type="text"/> ng/dL	
Radiologie	
Radiographie pulmonaire :	
Échographie :	
FEVG : <input type="text"/> %	
Traitement	
Observations	

J'inscris mes rendez-vous

Date/Heure	Professionnel de santé	Lieu/Téléphone

Date/Heure	Professionnel de santé	Lieu/Téléphone

Mon lexique

CMD : Cardiomyopathie dilatée. Dilatation du ventricule gauche avec des signes d'insuffisance cardiaque de cause indéterminée.

DAI : Défibrillateur automatique implantable. Petit appareil placé sous la peau, relié au cœur par des électrodes, utilisé pour envoyer des décharges électriques destinées à faire cesser une fibrillation cardiaque et de rétablir un rythme du cœur normal.

ECG : Électrocardiogramme. Représentation graphique des signaux électriques émis par le cœur, permettant d'identifier des troubles cardiaques ou un infarctus du myocarde.

FA : Fibrillation auriculaire. Contractions rapides et irrégulières des oreillettes du cœur.

FC : Fréquence cardiaque. Nombre de battements du cœur par minute.

FEVG : Fraction d'éjection du ventricule gauche. Pourcentage du volume du ventricule gauche éjecté à chaque battement cardiaque.

HVG : Hypertrophie du ventricule gauche soit une augmentation du volume avec épaississement des parois.

IC : Insuffisance cardiaque. Incapacité du muscle cardiaque d'accomplir les performances requises pour propulser suffisamment de sang dans les artères.

IDM : Infarctus du myocarde. Nécrose (mort) des tissus cardiaques à la suite d'une irrigation déficiente (ischémie) due généralement à un caillot sanguin venant obstruer une artère déjà rétrécie (sténosée).

NYHA : New york heart association qui a défini 4 classes d'IC en fonction de l'importance des symptômes.

OAP : Œdème aigu pulmonaire. Accumulation d'eau dans les poumons.

OMI : Œdème des membres inférieurs. Accumulation d'eau au niveau des jambes et des chevilles qui se traduit par un gonflement.

PA : Pression artérielle ou pression du sang exercée dans les artères.

SMS : stimulation multisite.

TV : Tachycardie ventriculaire. Battement trop rapide du ventricule.

Définitions

ARYTHMIE : Trouble du rythme cardiaque qui se caractérise par des battements du cœur irréguliers au niveau des cavités supérieures (oreillettes) ou des cavités inférieures (ventricules) du cœur.

CARDIOMYOPATHIE : Terme général qui désigne les diverses maladies qui touchent le muscle cardiaque (myocarde). Lorsque la cause est connue, un terme plus précis peut être rajouté – par exemple, cardiomyopathie virale (les lésions au myocarde sont causées par un virus) ou cardiomyopathie hypertensive (les lésions sont causées par l'hypertension). La cardiomyopathie dilatée idiopathique se caractérise par un cœur hypertrophié (dilaté) et affaibli, et dont la cause est inconnue (idiopathique).

DÉCOMPENSATION CARDIAQUE : Aggravation de l'insuffisance cardiaque.

DYSPNÉE : Essoufflement qui traduit une difficulté respiratoire et qui peut se manifester à l'effort, au repos ou en position couchée.

& Bibliographie

- 1 • Ameli. Insuffisance cardiaque. Site accessible à l'adresse : <http://www.ameli-sante.fr/insuffisance-cardiaque/definition-insuffisance-cardiaque.html>, accédé le 08/06/16.
- 2 • Fédération Française de Cardiologie. L'insuffisance cardiaque. Site accessible à l'adresse : <http://www.fedecardio.org/votre-coeur/maladies/linsuffisance-cardiaque>, accédé le 08/06/16.
- 3 • HAS. Guide parcours de soins. Insuffisance cardiaque. Juin 2014
- 4 • Site internet patient et proche : bien suivre son insuffisance cardiaque : <http://www.suistoncoeur.fr>



Pour en savoir plus sur l'insuffisance cardiaque et trouver les réponses à vos questions, venez consulter notre site internet www.suistoncoeur.fr
Vous y trouverez des conseils, des témoignages vidéos ainsi que des brochures à télécharger.

Vous pourrez également vous inscrire à la newsletter pour être tenu informé des nouveautés.



Suis Ton Coeur™



Suis Ton Coeur™



www.suistoncoeur.fr

Suis Ton Coeur, le site internet sur l'insuffisance cardiaque qui vous accompagne au quotidien.

 NOVARTIS

FI5233 - Juillet 2017