

## **REPÉRAGE EXHAUSTIF DES SIGNES ÉPOF ET DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE**

Dans le cadre du protocole relatif à l'IC au sein de la Maison de Santé, nous vous remercions par avance pour votre engagement dans l'identification des signes associés.

**Nous vous prions de bien vouloir répondre systématiquement aux questions numérotées de 1 à 4 de cette première page.**

La page 2 de ce questionnaire vous permettra d'effectuer un repérage exhaustif, pour lequel une rémunération de 50 € vous sera accordée.

Toutefois, vous avez également la possibilité de vous rendre directement à la page 3 pour réaliser un repérage "express" de la BPCO, avec une rémunération de 10 € (non cumulable avec celle du repérage exhaustif).

**Il est impératif de compléter la première page, et de valider vos réponses afin d'accéder, soit à la page 2, soit à la page 3.**

# INSUFFISANCE CARDIAQUE

## Suivi & repérage des complications

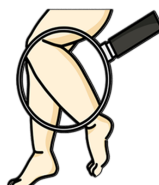
### Quels signes d'alerte ?



**É**ssoufflement



**P**rise de poids



**O**edèmes



**F**atigue

### Quelles solutions dans votre M.S.P ?

BW  
AUTO

SD 36 Gb

X1.0



Bilan sanguin, ECG  
Adressage cardiologue



Téléexpertise



Act.Physique Adaptée



Méd.Généraliste

REC



Repérage  
signes E.P.O.F



Infirmier.e:  
Visites hebdomadaires,  
Suivi signes E.P.O.F,  
Réalisation des  
bilans sanguins,  
BSI éventuel



ON



Diététicienne-nut:  
Atelier nutrition



[mSP34570@gmail.com](mailto:mSP34570@gmail.com)

Je souhaite effectuer  
mon auto-repérage



Flaschez ici

1	IDENTIFICATION DU PATIENT *
NOM	
PRÉNOM	
ADRESSE MAIL DU PATIENT (OU 1/3 AIDANT)	
AGE	
LOCALITÉ	
MÉDECIN TRAITANT	

2	IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL QUI INTERVIENT *
NOM	
PRÉNOM	
PROFESSION	

<b>3</b>	<b>VEUILLEZ COCHER LES INDICATEURS D'ALERTE DE LA GRILLE DE VÉRIFICATION D'ÉLIGIBILITÉ AU PROTOCOLE DU PATIENT *</b>
<input type="checkbox"/>	LE PATIENT PRÉSENTE UN ESSOUFFLEMENT
<input type="checkbox"/>	LE PATIENT PRÉSENTE UNE PRISE DE POIDS
<input type="checkbox"/>	LE PATIENT PRÉSENTE DES OEUDÈMES DES MEMBRES INFÉRIEURS
<input type="checkbox"/>	LE PATIENT RESSENT UNE SENSATION DE FATIGUE IMPORTANTE
<input type="checkbox"/>	LE PATIENT A DONNER SON CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

<b>4</b>	<b>QUELS FACTEURS DE RISQUES AVEZ-VOUS REPÉRÉ ? *</b>
<input type="checkbox"/>	TABAC
<input type="checkbox"/>	ALCOOL
<input type="checkbox"/>	HTA
<input type="checkbox"/>	DIABÈTE
<input type="checkbox"/>	HYPERCHOLESTÉROLÉMIE
<input type="checkbox"/>	OBÉSITÉ / SURPOIDS
<input type="checkbox"/>	SÉDENTARITÉ
<input type="checkbox"/>	ADDICTION
<input type="checkbox"/>	INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE
<input type="checkbox"/>	AUTRES , PRÉCISEZ :

**Accès vers le formulaire de repérage exhaustif des signes ÉPOPF et de l'insuffisance cardiaque**

Veuillez valider vos réponses, pour accéder au formulaire exhaustif à la page 2.

--> **Pour accéder au formulaire de dépistage express**, il vous suffit de valider directement la page 2, **sans avoir à compléter le questionnaire exhaustif**, afin d'atteindre la page 3.



Émergez votre compte rendu

**Pensez à émarger votre compte-rendu:**

Retrouvez le lien d'émargement dans "l'espace professionnel" du site internet de la MSP ;

Accès avec le mot de passe ci-dessous:

**@Mspvertoublanc34**

## REPÉRAGE EXHAUSTIF DES SIGNES ÉPOF ET DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Dans le cadre du protocole relatif à l'IC de la Maison de Santé, nous vous remercions d'avance pour votre engagement à identifier leurs signes.

**Cette page 2**, va vous permettre de procéder à un repérage exhaustif (rémunération 50 €)

--> Pour accéder au “repérage exprès” des signes ÉPOF & de l'IC, veuillez vous rendre en bas de la page 2, validez la page sans répondre aux questions.

### Exploration, recherche & mesure de l'essoufflement / dyspnée

5	UN CONTEXTE DYSPNÉIQUE EST-IL PRÉSENT ? OU SIGNALÉ PAR LE PATIENT ? *
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non
<input type="checkbox"/>	VOS COMMENTAIRES EVENTUELS :

## VOTRE ÉVALUATION DE LA DYSPNÉE SI ELLE EST PRÉSENTE

### L'échelle de Sadoul

**Stade 0** : pas de dyspnée

**Stade 1** : dyspnée pour des efforts importants

**Stade 2** : dyspnée apparaissant à la montée d'un étage, ou à la marche rapide ou à la marche en légère côte

**Stade 3** : dyspnée à la marche normale sur terrain plat

**Stade 4** : dyspnée à la marche lente

**Stade 5** : dyspnée au moindre effort, à l'habillage, à la parole.



6

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | STADE 0 = PAS DE DYSPNÉE   |
| <input type="checkbox"/> | STADE 1 = DYSPNÉE LEGÈRE   |
| <input type="checkbox"/> | STADE 2 = DYSPNÉE MODÉRÉ   |
| <input type="checkbox"/> | STADE 3 = DYSPNÉE SÉVÈRE   |
| <input type="checkbox"/> | STADE 4 = DYSPNÉE CRITIQUE |

[Exploration, recherche & mesure de la prise de poids "rapide"](#)

<b>7</b>	<b>VEUILLEZ RENSEIGNER LES VALEURS CI-DESSOUS</b>
DERNIÈRE VALEUR CONNUE EN KG DE LA PRÉCÉDENTE MESURE DE POIDS	
DATATION DE LA PRÉCÉDENTE MESURE	
VALEUR EN KG DE LA MESURE DU POIDS ACTUELLE	
DIFFÉRENTIEL ENTRE LES 2 MESURES	

[Exploration, recherche & mesure des œdèmes des Mbr. Inf](#)

<b>8</b>	<b>AVEZ-VOUS NOTER LA PRÉSENCE D'OEUDÈMES DES MEMBRES INFÉRIEURS</b>
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

<b>9</b>	<b>SI OUI , VOUS POUVEZ TRANSFÉRER UNE PHOTO ICI (FACULTATIF)</b>
----------	---

<b>10</b>	<b>LES O.M.I PRÉSENTENT-ILS UNE NOTION DE TEMPORALITÉ , SI OUI LAQUELLE ?</b>
<input type="checkbox"/>	NON, PAS DE NOTION DE TEMPORALITÉ
<input type="checkbox"/>	ILS S'AGGRAVENT AU COURS DE LA JOURNÉE
<input type="checkbox"/>	ILS ATTEIGNENT LEUR PAROXISME EN SOIRÉE
<input type="checkbox"/>	ILS DISPARAISSENT LA NUIT
<input type="checkbox"/>	AUTRES : :

<b>11</b>	<b>POUVEZ-VOUS PRÉCISER L'ASPECT DES O.M.I ?</b>
<input type="checkbox"/>	LES REPÈRES OSSEUX SONT INVISIBLES (MALLÉOLES)
<input type="checkbox"/>	LE RÉSEAU VEINEUX A DISPARU
<input type="checkbox"/>	ILS SONT BILATÉRAUX (I.Card ou I rénale)
<input type="checkbox"/>	ILS SONT UNILATÉRAUX (Thrombose veineuse)
<input type="checkbox"/>	LA COULEUR DE LA PEAU EST ROSÉE
<input type="checkbox"/>	LA PEAU PRÉSENTE DES INÉGALITÉS OU IRRÉGULARITÉ À CERTAINS ENDROITS
<input type="checkbox"/>	PRÉSENCE DE DERMITES OCRES
<input type="checkbox"/>	OEUEME FERME
<input type="checkbox"/>	OEUEME MOU (GODET)
<input type="checkbox"/>	PAS DE DESCRIPTION POSSIBLE
<input type="checkbox"/>	AUTRES COMMENTAIRES :

<b>ÉVALUATION D'UN ŒDÈME À GODET</b>				
	<b>Qualificatif utilisé</b>	<b>Profondeur du godet (cm)</b>	<b>Temps de résorption du godet</b>	
12	Trace	0 à < 0,5	Rapide < à 10 secondes	
	Léger	≥ 0,5 à < 1,5	10 à 15 secondes	
	Modéré	≥ 1,5 à < 2,5	1 à 2 minutes	
	Sévère	≥ 2,5	2 à 5 minutes	
Évaluation oedème à godet <b>POSITIONNEZ LE CURSEUR , SELON VOTRE ÉVALUATION QUALITATIVE DE L'OEUDÈME</b>				
	TRACE	LEGER	MODÉRÉ	SÉVÈRE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Évaluation de la notion de fatigue

13	<b>SELON L'ÉCHELLE DE PICHOT CI-DESSOUS, VEUILLEZ ÉVALUER L'AFFIRMATION SUIVANTE: "Je manque d'énergie"</b>
<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
<input type="checkbox"/>	Assez d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord

14	<b>SELON L'ÉCHELLE DE PICHOT CI-DESSOUS, VEUILLEZ ÉVALUER L'AFFIRMATION SUIVANTE: "Tout me demande un effort"</b>
<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
<input type="checkbox"/>	Assez d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord

<b>15</b>	<b>SELON L'ÉCHELLE DE PICHOT CI-DESSOUS, VEUILLEZ ÉVALUER L'AFFIRMATION SUIVANTE: "Je me sens faible à certains endroits du corps"</b>
<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
<input type="checkbox"/>	Assez d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord

<b>16</b>	<b>SELON L'ÉCHELLE DE PICHOT CI-DESSOUS, VEUILLEZ ÉVALUER L'AFFIRMATION SUIVANTE: "J'ai les bras ou les jambes lourdes"</b>
<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
<input type="checkbox"/>	Assez d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord

<b>17</b>	<b>SELON L'ÉCHELLE DE PICHOT CI-DESSOUS, VEUILLEZ ÉVALUER L'AFFIRMATION SUIVANTE: "Je me sens fatigué.e, sans raison"</b>
<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
<input type="checkbox"/>	Assez d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord

18	<b>SELON L'ÉCHELLE DE PICHOT CI-DESSOUS, VEUILLEZ ÉVALUER L'AFFIRMATION SUIVANTE: "J'ai envie de m'allonger, pour me reposer"</b>
<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
<input type="checkbox"/>	Assez d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord

19	<b>SELON L'ÉCHELLE DE PICHOT CI-DESSOUS, VEUILLEZ ÉVALUER L'AFFIRMATION SUIVANTE: "J'ai du mal à me concentrer"</b>
<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
<input type="checkbox"/>	Assez d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord

20	<b>SELON L'ÉCHELLE DE PICHOT CI-DESSOUS, VEUILLEZ ÉVALUER L'AFFIRMATION SUIVANTE: "Je me sens fatigué.e, lourd.e, raide"</b>
<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
<input type="checkbox"/>	Assez d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas d'accord
<input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord

--> **Pour accéder au formulaire de dépistage express**, il vous suffit de valider directement la page 2, **sans avoir à compléter le questionnaire exhaustif**, afin d'atteindre la page 3.