

## **REPÉRAGE Exprès 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.**

Vous pourrez compléter la page 2, pour réaliser un repérage "express" de l' IC, 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

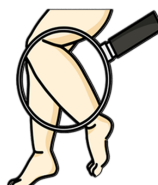
### Quels signes d'alerte ?



**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:  
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 exprès des signes ÉPOF et de l'insuffisance cardiaque**

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

## REPÉRAGE "EXPRÈS" DES SIGNES ÉPOF

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

La page 3 de ce questionnaire va vous permettre de procéder à un dépistage "EXPRÈS" des signes de l'IC à l'aide du questionnaire court (Rémunération 10 €)...

5	Depuis 6 mois, est-ce que vous souffrez d'essoufflement ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

6	Depuis 6 mois, est-ce que vous avez eu une prise de poids ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

7	Depuis 6 mois, est-ce que vous souffrez d'œdème des jambes ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

8	Depuis 6 mois, est-ce que vous souffrez de fatigue ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

## 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**



Pensez à émarger votre formulaire