



REPÉRAGE DES SIGNES EPOF & IC - VTB



MSP du Vertoublanc

REPÉRAGE DES SIGNES ÉPOF ET DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Ce formulaire regroupe les prestations du parcours insuffisance cardiaque de la MSP du Vertoublanc.

Il permet le repérage des signes d'alerte, le suivi des patients et le recueil de la satisfaction.

Il s'adresse aux professionnels de la MSP. Selon le cas, vous le remplissez vous-même ou vous le proposez au patient.

Il ne pose pas de diagnostic. Il signale une situation à évaluer médicalement.

Les données recueillies sont strictement réservées à un usage interne pluriprofessionnel. Elles sont consultables par les seuls professionnels impliqués dans le protocole et par le coordinateur de la MSP. Elles ne font l'objet d'aucune diffusion externe sans accord préalable du patient et du médecin traitant.



Cazillac Denis, Coordinateur MSP

1	Identification du professionnel qui intervient *
Nom et prénom	
Profession	

2	Quelle est votre action du jour ? (obligatoire - choix unique) *
☐	Je réalise le repérage des signes d'alerte (test EPOF).
☐	Je réalise le suivi de l'insuffisance cardiaque du patient.
☐	J'invite le patient à compléter le formulaire de satisfaction du parcours.
☐	Je donne mon avis de professionnel sur le parcours insuffisance cardiaque.

REPÉRAGE “EXPRÈS” DES SIGNES ÉPOF

Vous réalisez le repérage des quatre signes d'alerte de l'insuffisance cardiaque :

Essoufflement, Prise de poids, Œdèmes, Fatigue.

Quatre questions Oui / Non. Réponses sur les derniers mois.

Ce test ne pose pas de diagnostic. Il signale une situation à évaluer médicalement.

À partir de 2 réponses Oui, une suspicion d'insuffisance cardiaque est à évaluer.

3	Identité du patient *
Nom et prénom	
Date de naissance	
Nom du Médecin traitant	

4	Essoufflement : Le patient a-t-il été plus essoufflé qu'avant lors de ses activités habituelles (marche, escaliers, ménage) ?
☐	Oui
☐	Non

5	Prise de poids : Le patient a-t-il pris du poids récemment sans modification importante de son alimentation
☐	Oui
☐	Non

6	Œdèmes : Le patient présente-t-il un gonflement des chevilles, des jambes ou des pieds ?
☐	Oui
☐	Non

7	Fatigue (obligatoire - choix unique) Le patient se sent-il plus fatigué que d'habitude pour réaliser ses activités quotidiennes ?
☐	Oui
☐	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



MSP

du Vertoublanc

Suivi de l'insuffisance cardiaque - préparation de la consultation

Vous réalisez le suivi d'un patient insuffisant cardiaque de la MSP du Vertoublanc.

Ce formulaire prépare la consultation : symptômes, suivi recommandé, traitement, prévention, auto-soins.

Il ne pose pas de diagnostic. Il oriente le suivi coordonné.



Cazillac Denis, Coordinateur MSP

8	Identification du patient *
Nom et prénom	
Date de naissance	
Nom du médecin traitant	

9	Quelle est le type d'insuffisance cardiaque ? *
☐	IC à FEVG réduite (< 40 %)
☐	IC à FEVG modérément réduite (40-49 %)
☐	IC à FEVG préservée (≥ 50 %)
☐	Non précisée

10	Quel est le stade NYHA actuel ? *
☐	NYHA I : aucune limitation des activités habituelles
☐	NYHA II : limitation légère lors des efforts importants
☐	NYHA III : limitation marquée lors des activités quotidiennes
☐	NYHA IV : symptômes présents au repos

Évolution des symptômes depuis la dernière consultation

Comment ont évolué les symptômes du patient depuis la dernière consultation ?

11	Dyspnée : *
☐	Absente
☐	Lors d'efforts importants
☐	Lors d'efforts modérés
☐	Lors d'efforts minimales
☐	Au repos

12	Œdèmes des membres inférieurs: *
☐	Absents
☐	Présents aux chevilles
☐	Présents aux jambes

13	Prise de poids récente : *
☐	Oui
☐	Non

14	Si prise de poids, quelle ampleur ?
☐	> 2 kg en 2 jours
☐	> 5 kg en 1 mois

15	Autres symptômes à signaler: *
☐	Fatigue au repos
☐	Palpitations
☐	Toux nocturne
☐	Vertiges / malaises
☐	Aucun
☐	Autres , précisez: :

16	Suivi recommandé réalisé au cours des 12 derniers mois *	
	Oui	Non
ECG réalisé	☐	☐
Cs° cardio	☐	☐
Bilan bio complet	☐	☐

17	Le patient a-t-il présenté une décompensation ayant nécessité une modification du traitement et/ou une hospitalisation ? *
☐	Non
☐	Oui
☐	Oui, avec hospitalisation
☐	Précisions éventuelles : :

Le traitement

18	Comment évaluez-vous l'observance thérapeutique du patient ? *
☐	Bonne
☐	Mauvaise
☐	Précisions éventuelles: :

19	Comment le patient tolère-t-il son traitement ? *
☐	Bonne tolérance
☐	Effets indésirables présents
☐	Si des effets indésirables sont présents, précisez-les : :

20	Le traitement a-t-il été modifié depuis la dernière consultation ? *
☐	Oui
☐	Non

21	Vaccinations: * Renseignez le statut vaccinal du patient pour chaque vaccin.		
	Réalisé	Non réalisé	Ne sait pas
Grippe	☐	☐	☐
Covid 19	☐	☐	☐
Pneumocoque	☐	☐	☐

Éducation thérapeutique et auto-soins

22	Le patient respecte-t-il son régime hyposodé ? *
☐	Respecté
☐	Partiellement respecté
☐	Non respecté

23	À quelle fréquence le patient surveille-t-il son poids ? *
☐	Quotidienne
☐	Plusieurs fois par semaine
☐	Occasionnelle
☐	Jamais

24	Le patient connaît-il les signes qui doivent l'alerter ? Ces signes sont : prise de poids rapide, aggravation de l'essoufflement, œdèmes, fatigue inhabituelle. *
☐	OPui
☐	Partiellement
☐	non

25	Le patient pratique-t-il une activité physique régulière d'au moins 30 minutes ? (obligatoire - choix unique) * ≤ 1 fois par semaine 2 à 3 fois par semaine Plus de 3 fois par semaine Note interne (de ta source) : si ≤ 1 fois par semaine, proposer les séances d'Activité Physique Adaptée (APA) de la MSP.
☐	≤ 1 fois par semaine <i>(si ≤ 1 fois par semaine, proposer les séances d'Activité Physique Adaptée (APA) de la MSP).</i>
☐	2 à 3 fois par semaine
☐	Plus de 3 fois par semaine

26	Quel est le statut tabagique du patient ? *
☐	Fumeur actif
☐	Ex-fumeur
☐	Non-fumeur

	Consommation d'alcool: * * Consommation occasionnelle = ne pas dépasser 2 verres par occasion, au moins 2 jours sans consommation par semaine, maximum 7 verres par semaine. * Consommation régulière modérée = maximum 10 verres par semaine et 2 verres par jour pour les femmes, maximum 15 verres par semaine et 3 verres par jour pour les hommes. Comment qualifieriez-vous la consommation d'alcool du patient ? (obligatoire - choix unique)
27	
☐	Aucune consommation
☐	Occasionnelle
☐	Régulière modérée
☐	Excessive

	Dépistage des apnées du sommeil * Le patient a-t-il bénéficié d'un dépistage des apnées du sommeil ?
28	
☐	Dépistage réalisé
☐	Non réalisé
☐	Ne sait pas



MSP

du Vertoublanc

REPÉRAGE Exprès DES SIGNES ÉPOF ET DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

SATISFACTION PROFESSIONNELS

Votre avis sur le parcours insuffisance cardiaque

Vous donnez votre avis de professionnel sur le parcours insuffisance cardiaque de la MSP du Vertoublanc.

Objectif : améliorer la coordination et le fonctionnement du parcours.

Pour chaque affirmation, indiquez votre niveau d'accord.



Cazillac Denis, Coordinateur MSP

29	Le protocole insuffisance cardiaque est clair dans son déroulé et dans les rôles de chacun ? *
☐	Pas du tout d'accord
☐	Plutôt pas d'accord
☐	Neutre
☐	Plutôt d'accord
☐	Tout à fait d'accord

30	Les outils du parcours (test EPOF, questionnaire de suivi) sont faciles à utiliser ? *
☐	Pas du tout d'accord
☐	Plutôt pas d'accord
☐	Neutre
☐	Plutôt d'accord
☐	Tout à fait d'accord

31	La coordination entre professionnels autour de ce parcours est efficace ? *
☐	Pas du tout d'accord
☐	Plutôt pas d'accord
☐	Neutre
☐	Plutôt d'accord
☐	Tout à fait d'accord

32	Ce parcours s'intègre facilement à mon activité quotidienne ? *
☐	Pas du tout d'accord
☐	Plutôt pas d'accord
☐	Neutre
☐	Plutôt d'accord
☐	Tout à fait d'accord

33	Ce parcours améliore la prise en charge des patients insuffisants cardiaques ? *
☐	Pas du tout d'accord
☐	Plutôt pas d'accord
☐	Neutre
☐	Plutôt d'accord
☐	Tout à fait d'accord

34	J'ai rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de ce parcours ? *
☐	Pas du tout d'accord
☐	Plutôt pas d'accord
☐	Neutre
☐	Plutôt d'accord
☐	Tout à fait d'accord

35	Avez-vous des remarques, suggestions ou informations complémentaires à partager ? *



MSP

du Vertoublanc

**REPÉRAGE Exprès DES SIGNES ÉPOF ET DE L'INSUFFISANCE
CARDIAQUE**

BRANCHE SATISFACTION PATIENTS

Votre avis sur votre suivi à la MSP du Vertoublanc

Vous êtes suivi(e) pour une insuffisance cardiaque à la MSP du Vertoublanc.

Votre avis nous aide à améliorer votre prise en charge.

Ce questionnaire est anonyme. Pour chaque phrase, indiquez votre niveau d'accord.

Quelques minutes suffisent.



Cazillac Denis, Coordinateur MSP



- **QR Code vers le questionnaire :**

Le patient flashe ce code avec l'appareil photo de son smartphone pour accéder directement au questionnaire.

- Lien à copier-coller

Lien direct vers le questionnaire :

<https://form.dragnsurvey.com/survey/r/fac0d5bf>



MSP

du Vertoublanc

REPÉRAGE Exprès DES SIGNES ÉPOF ET DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Ce formulaire regroupe les prestations du parcours insuffisance cardiaque de la MSP du Vertoublanc.

Il permet le repérage des signes d'alerte, le suivi des patients et le recueil de la satisfaction.

Il s'adresse aux professionnels de la MSP. Selon le cas, vous le remplissez vous-même ou vous le proposez au patient.

Il ne pose pas de diagnostic. Il signale une situation à évaluer médicalement.

Les données recueillies sont strictement réservées à un usage interne pluriprofessionnel. Elles sont consultables par les seuls professionnels impliqués dans le protocole et par le coordinateur de la MSP. Elles ne font l'objet d'aucune diffusion externe sans accord préalable du patient et du médecin traitant.



Cazillac Denis, Coordinateur MSP

36	Identification du professionnel qui intervient *
Nom et prénom	
Profession	

37	Quelle est votre action du jour ? (obligatoire - choix unique) *
☐	Je réalise le repérage des signes d'alerte (test EPOF).
☐	Je réalise le suivi de l'insuffisance cardiaque du patient.
☐	J'invite le patient à compléter le formulaire de satisfaction du parcours.
☐	Je donne mon avis de professionnel sur le parcours insuffisance cardiaque.