

CollabCare

VERS UNE MEILLEURE PRISE
EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE
CARDIAQUE

MON JOURNAL D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Pour vous accompagner dans
la prise en charge de votre
insuffisance cardiaque



Canadian Heart Failure Society
Société canadienne d'insuffisance cardiaque





MON JOURNAL D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Nom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Téléphone _____

Votre équipe soignante est là pour vous

VOTRE CENTRE MÉDICAL

VOTRE CARDIOLOGUE

VOTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

VOTRE INFIRMIER(ÈRE) SPÉCIALISÉE EN INSUFFISANCE CARDIAQUE

NUMÉRO D'URGENCE



Mes médicaments contre l'insuffisance cardiaque

Nom et dose des médicaments (en mg)				Commentaires

Mes autres médicaments

Nom et dose des médicaments (en mg)				Commentaires

 Matin

 Midi

 Soir

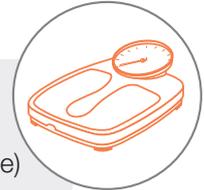


MON PROFIL

Mon poids

Mon poids normal/habituel se situe entre

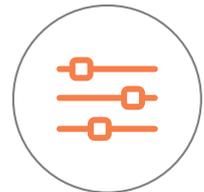
_____ et _____ kg ou lb (cochez une seule case)



Il est important de vérifier si vos mains, vos chevilles, vos jambes et votre taille sont enflées en pressant votre pouce dans la peau pendant quelques secondes. Si cette pression laisse une marque, c'est qu'il y a de l'enflure. Cette enflure peut être le signe d'une rétention d'eau, qui peut se produire avant même que vous remarquiez une différence significative dans votre poids.

Prise de poids et ajustement de la dose de vos diurétiques

L'excès d'eau peut être éliminé en augmentant temporairement/exceptionnellement la dose de vos diurétiques pour une courte période, si votre médecin vous a recommandé de le faire.



Diurétique supplémentaire prescrit _____

+ 1 kg _____ mg

+ 1,5 kg _____ mg

+ 2 kg _____ mg

Communiquez avec votre médecin si vous prenez plus de 2 kg. Remarque : 1 kg équivaut à 2,2 lb.



MON PROFIL

Ma tension artérielle

Ma tension artérielle normale/habituelle se situe entre _____ / _____ et _____ / _____ mmHg



Si votre tension artérielle devient supérieure à _____ mmHg* ou inférieure à _____ mmHg* et que cela persiste, ou bien si vous avez mal à la tête, si vous vous sentez étourdi(e) ou si vous perdez connaissance, dites-le à votre médecin ou à votre infirmier(ère).

* Valeurs déterminées par votre médecin.

Ma fréquence cardiaque

Ma fréquence cardiaque normale/habituelle se situe entre _____ et _____ battements par minute (bpm)



Si votre fréquence cardiaque devient supérieure à _____ bpm* ou inférieure à _____ bpm* et que cela persiste, ou bien si vous vous sentez étourdi(e) ou si vous perdez connaissance, dites-le à votre médecin ou à votre infirmier(ère).

* Valeurs déterminées par votre médecin.

Mon RIN (rapport international normalisé)*

Mon RIN est de _____



* Si vous prenez un anticoagulant qui agit contre la vitamine K.



MON SUIVI PERSONNEL

Date	Poids (kg ou lb)* <small>*Veuillez préciser</small>	Tension artérielle (mmHg)		Fréquence cardiaque (bpm)	Durant la journée, vous êtes-vous senti(e)...		Dans quelle mesure votre insuffisance cardiaque a-t-elle perturbé votre journée? <small>Dans chaque colonne, encerclez le symbole qui représente le mieux comment vous vous êtes senti(e) aujourd'hui</small>								
		Systolique	Diastolique		Fatigué(e)? (OUI ou NON)	Essoufflé(e)? (OUI ou NON)	Activités et loisirs	Efficacité au travail	Tâches ménagères	Rencontres avec les amis et la famille					



MON SUIVI PERSONNEL

Date	Poids (kg ou lb)* <small>*Veuillez préciser</small>	Tension artérielle (mmHg)		Fréquence cardiaque (bpm)	Durant la journée, vous êtes-vous senti(e)...		Dans quelle mesure votre insuffisance cardiaque a-t-elle perturbé votre journée? <small>Dans chaque colonne, encerclez le symbole qui représente le mieux comment vous vous êtes senti(e) aujourd'hui</small>								
		Systolique	Diastolique		Fatigué(e)? (OUI ou NON)	Essoufflé(e)? (OUI ou NON)	Activités et loisirs	Efficacité au travail	Tâches ménagères	Rencontres avec les amis et la famille					



MON SUIVI PERSONNEL

Date	Poids (kg ou lb)* <small>*Veuillez préciser</small>	Tension artérielle (mmHg)		Fréquence cardiaque (bpm)	Durant la journée, vous êtes-vous senti(e)...		Dans quelle mesure votre insuffisance cardiaque a-t-elle perturbé votre journée? <small>Dans chaque colonne, encerclez le symbole qui représente le mieux comment vous vous êtes senti(e) aujourd'hui</small>								
		Systolique	Diastolique		Fatigué(e)? (OUI ou NON)	Essoufflé(e)? (OUI ou NON)	Activités et loisirs	Efficacité au travail	Tâches ménagères	Rencontres avec les amis et la famille					



MON SUIVI PERSONNEL

Date	Poids (kg ou lb)* <small>*Veuillez préciser</small>	Tension artérielle (mmHg)		Fréquence cardiaque (bpm)	Durant la journée, vous êtes-vous senti(e)...		Dans quelle mesure votre insuffisance cardiaque a-t-elle perturbé votre journée? <small>Dans chaque colonne, encerclez le symbole qui représente le mieux comment vous vous êtes senti(e) aujourd'hui</small>								
		Systolique	Diastolique		Fatigué(e)? (OUI ou NON)	Essoufflé(e)? (OUI ou NON)	Activités et loisirs	Efficacité au travail	Tâches ménagères	Rencontres avec les amis et la famille					



MON SUIVI PERSONNEL

Date	Poids (kg ou lb)* <small>*Veuillez préciser</small>	Tension artérielle (mmHg)		Fréquence cardiaque (bpm)	Durant la journée, vous êtes-vous senti(e)...		Dans quelle mesure votre insuffisance cardiaque a-t-elle perturbé votre journée? <small>Dans chaque colonne, encerclez le symbole qui représente le mieux comment vous vous êtes senti(e) aujourd'hui</small>								
		Systolique	Diastolique		Fatigué(e)? (OUI ou NON)	Essoufflé(e)? (OUI ou NON)	Activités et loisirs	Efficacité au travail	Tâches ménagères	Rencontres avec les amis et la famille					



MON SUIVI PERSONNEL

Date	Poids (kg ou lb)* <small>*Veuillez préciser</small>	Tension artérielle (mmHg)		Fréquence cardiaque (bpm)	Durant la journée, vous êtes-vous senti(e)...		Dans quelle mesure votre insuffisance cardiaque a-t-elle perturbé votre journée? <small>Dans chaque colonne, encerclez le symbole qui représente le mieux comment vous vous êtes senti(e) aujourd'hui</small>								
		Systolique	Diastolique		Fatigué(e)? (OUI ou NON)	Essoufflé(e)? (OUI ou NON)	Activités et loisirs	Efficacité au travail	Tâches ménagères	Rencontres avec les amis et la famille					



MON SUIVI PERSONNEL

Date	Poids (kg ou lb)* <small>*Veuillez préciser</small>	Tension artérielle (mmHg)		Fréquence cardiaque (bpm)	Durant la journée, vous êtes-vous senti(e)...		Dans quelle mesure votre insuffisance cardiaque a-t-elle perturbé votre journée? <small>Dans chaque colonne, encerclez le symbole qui représente le mieux comment vous vous êtes senti(e) aujourd'hui</small>								
		Systolique	Diastolique		Fatigué(e)? (OUI ou NON)	Essoufflé(e)? (OUI ou NON)	Activités et loisirs	Efficacité au travail	Tâches ménagères	Rencontres avec les amis et la famille					



MON SUIVI PERSONNEL

Points à discuter avec mon médecin à mon prochain rendez-vous

Fatigue _____

Nombre moyen d'heures de sommeil par nuit _____

Niveau de confort durant le sommeil (p. ex., nombre d'oreillers nécessaire pour dormir confortablement)

Essoufflement (toux) _____

Enflure _____

Perte d'appétit _____

Mictions (uriner) plus fréquentes le jour : _____ Plus fréquentes la nuit : _____

Limites dans mes activités quotidiennes, par exemple fatigue, capacité mentale, concentration, capacité de me lever, de marcher, etc.

Poids _____

Tension artérielle _____

Fréquence cardiaque _____

Autres questions _____



CollabCare

MON **JOURNAL** D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Pour vous accompagner dans la prise en charge de votre insuffisance cardiaque

Ce document a été créé en collaboration avec les membres du Global Heart Hub, du Heart Failure Patient Council et de la HeartLife Foundation.



HeartLife
FOUNDATION



Canadian Heart Failure Society
Société canadienne d'insuffisance cardiaque

