

Indiquer les allergies dans le formulaire approuvé et s'assurer que le bilan comparatif des médicaments a été vérifié conformément au processus de l'établissement

## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

### Hospitalisation

- Hospitalisé à : \_\_\_\_\_ D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_ sera le médecin responsable
- Diagnostic : insuffisance cardiaque
- Date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_ (AAAA-MM-JJ)  Date prévue du congé : \_\_\_\_\_ (AAAA-MM-JJ)
- Allergies ou hypersensibilités?  Aucune connue  Oui : consulter la documentation/le processus de l'établissement
- Niveau d'interventions médicales:
- Réanimer par tous les moyens  NPR  \_\_\_\_\_
- Médecin de famille : \_\_\_\_\_
- Aviser le médecin généraliste de l'hospitalisation du patient pour cause d'IC

### Précautions

- Dépistage des organismes multi-résistants et protocole de prise en charge clinique
- \_\_\_\_\_

### Consultations

**Remarque:** Si le patient est exposé à un risque nutritionnel selon l'outil de dépistage de la malnutrition, veiller à ce qu'il consulte une diététiste.

- Cardiologue – raison : \_\_\_\_\_  Pharmacien – raison : \_\_\_\_\_
- Diététiste – raison : \_\_\_\_\_  Physiothérapeute – ambulation précoce
- Interniste – raison : \_\_\_\_\_  Inhalothérapeute – raison : \_\_\_\_\_
- Ergothérapeute – dépistage de la fragilité  Travailleur social – planification du congé
- Service de soins palliatifs – raison : \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ – raison : \_\_\_\_\_

### Diète/nutrition

- NPO, prise de médicaments permise avec eau  NPO, incluant médicament
- Cardiaque<sup>1</sup>  Diabète \_\_\_\_\_ kJ  Insuffisance rénale  \_\_\_\_\_
- Restrictions:**  \_\_\_\_\_ L de liquides/24 h (1,5 ou 2 L)<sup>1</sup>  2 g Na/24 h<sup>1</sup>  \_\_\_\_\_

### Activités

- Activité selon tolérance, encourager une mobilisation précoce<sup>2</sup>
- Ambulation précoce, viser 3 mobilisations/jour
- \_\_\_\_\_

### Signes vitaux/surveillance

#### Signes vitaux

- Poids du patient au moment de l'hospitalisation: Poids : \_\_\_\_\_ kg
- Peser quotidiennement le matin<sup>1</sup>, après la miction et avant le déjeuner
- Signes vitaux, SpO<sub>2</sub>, score de la douleur conformément à la politique/procédure de l'établissement

Soumis par:

ID

NOM EN LETTRES MOULÉES

AAAA-MM-JJ HH:MM

Relecture

Médecin:

ID

NOM EN LETTRES MOULÉES

AAAA-MM-JJ HH:MM

SIGNATURE

Indiquer les allergies dans le formulaire approuvé et s'assurer que le bilan comparatif des médicaments a été vérifié conformément au processus de l'établissement

## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

### Signes vitaux/surveillance (suite)...

#### Surveillance

- Télémétrie durant 48 h, puis réévaluation
- Score CAM q \_\_\_\_\_ heure(s) et au besoin
- Dosage ingests/excrétés q \_\_\_\_\_ heure(s)
- Évaluation du risque de chutes et mise en place des stratégies de prévention des chutes conformément à la politique/procédure

#### Surveillance de la glycémie capillaire

- Si le patient est diabétique, surveillance de la glycémie capillaire conformément au protocole pour le diabète en vigueur
- Glycémie capillaire q \_\_\_\_\_ (fréquence)

### État respiratoire

#### Oxygénothérapie

\*\*\*Une supplémentation en oxygène est recommandée si le patient est hypoxémique afin d'atteindre une saturation en O<sub>2</sub> > 90 %\*\*\*<sup>1,3</sup>

- SpO<sub>2</sub> cible :  90-92 %<sup>4,5</sup>     > 92 %<sup>5,6</sup>     SpO<sub>2</sub> : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ %
- Protocole clinique de titration de l'oxygène

#### Patient atteint d'apnée obstructive ou centrale du sommeil

- Utilisation du CPAP/BIPAP du patient aux réglages prescrits<sup>4,7</sup> après vérification de l'équipement par un inhalothérapeute/ingénieur biomédical
- Demande d'évaluation par un inhalothérapeute de l'appareil (CPAP/BIPAP) et des réglages prescrits, et autorisation d'ajustement d'O<sub>2</sub> au besoin
- \_\_\_\_\_

### Épreuves de laboratoire

#### Épreuves de laboratoire au moment de l'hospitalisation (si elles n'ont pas été faites aux urgences)

##### Hématologie, coagulation

- Hémogramme<sup>1,3</sup>     APTT     RIN
- Ferritine<sup>3</sup>     Saturation de la transferrine<sup>3</sup>     Fer sérique<sup>3</sup>

##### Biochimie sérique

**Remarque :** On peut envisager de mesurer le dosage sérique de digoxine si cela n'a pas été fait dans les 6 derniers mois. Si cette épreuve est ordonnée, vérifier que le taux ne se situe pas dans la marge toxique.

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Électrolytes <sup>1,3</sup>                             | <input type="checkbox"/> Lactates                          | <input type="checkbox"/> BNP <sup>1,3</sup>       | <input type="checkbox"/> HbA <sub>1c</sub> <sup>1,3</sup> |
| <input type="checkbox"/> Urée et Créatinine <sup>1,3</sup>                       | <input type="checkbox"/> Ca <sup>1,3</sup>                 | <input type="checkbox"/> NT-proBNP <sup>1,3</sup> | <input type="checkbox"/> TSH <sup>1,3</sup>               |
| <input type="checkbox"/> Glycémie <sup>1,3</sup>                                 | <input type="checkbox"/> Mg <sup>1,3</sup>                 | <input type="checkbox"/> Troponine <sup>3</sup>   | <input type="checkbox"/> Digoxine                         |
| <input type="checkbox"/> Albumine  | <input type="checkbox"/> ALT, ALP, bilirubine <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> Acide urique             | <input type="checkbox"/> _____                            |
| <input type="checkbox"/> HDL, LDL, cholestérol total, triglycérides <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> LDH                               | <input type="checkbox"/> _____                    | <input type="checkbox"/> _____                            |

Soumis par:

ID \_\_\_\_\_ NOM EN LETTRES MOULÉES \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ HH:MM \_\_\_\_\_

Relecture

Médecin:

ID \_\_\_\_\_ NOM EN LETTRES MOULÉES \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ HH:MM \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_

Indiquer les allergies dans le formulaire approuvé et s'assurer que le bilan comparatif des médicaments a été vérifié conformément au processus de l'établissement

## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

### Épreuves de laboratoire (suite)...

#### Épreuves de laboratoire à compter du 2<sup>e</sup> jour

**\*\*\*Envisager de mesurer les électrolytes et la créatinine tous les jours durant l'administration de diurétiques par voie i.v.\*\*\*<sup>8</sup>**

Électrolytes, urée et créatinine DIE

#### Tests diagnostiques

ECG 12 dérivations<sup>1,3</sup>                       ECG à 15 dérivations

Radiographie pulmonaire PA + latérale<sup>1,3</sup> Raison : \_\_\_\_\_

**\*\*\*Répéter l'échocardiogramme uniquement si la fonction VG du patient n'a pas été évaluée dans les 12 derniers mois ou si le changement de l'état du patient justifie une investigation\*\*\***

Échocardiogramme<sup>1,3</sup> Raison : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_

#### Traitement par voie i.v.

Canule sodique (dispositif d'injection intermittente); purger conformément à la politique/procédure

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ mL/h

#### Médicaments contre l'insuffisance cardiaque

##### Diurétiques

**\*\*\*Les diurétiques par voie i.v. sont recommandés pour le traitement de première intention des patients présentant une congestion pulmonaire ou périphérique\*\*\*<sup>1</sup>**

**\*\*\*Si une hypotension symptomatique apparaît, envisager de suspendre l'administration de diurétiques et de réévaluer la surcharge de volume\*\*\***

**\*\*\*Évaluer la volémie quotidiennement et ajuster les diurétiques en conséquence\*\*\***

Furosémide \_\_\_\_\_ mg i.v. X 1 dose STAT (max. 200 mg/dose)

Furosémide \_\_\_\_\_ mg i.v. q \_\_\_\_\_ h

Furosémide \_\_\_\_\_ mg/h en perfusion continue par voie i.v. (5-40 mg/h)

Furosémide \_\_\_\_\_ mg po q \_\_\_\_\_ h

Bumétanide \_\_\_\_\_ mg po q \_\_\_\_\_ h (0,5 mg; max. 10 mg en 24 h)

Métolazone \_\_\_\_\_ mg po q 24 h, administrer 30 min avant un diurétique de l'anse (dose de départ : 2,5 mg)<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_

##### Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)

Perindopril \_\_\_\_\_ mg po q 24 h (dose de départ : 2-4 mg; dose ciblée : 4-8 mg q 24 h)<sup>1</sup>

Ramipril \_\_\_\_\_ mg po q 12 h (dose de départ : 1,25-2,5 mg; dose ciblée : 5 mg q 12 h)<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

##### Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA) si le patient ne tolère pas les IECA

Candésartan \_\_\_\_\_ mg PO q 24 h (dose de départ : 4-8 mg; dose ciblée : 16 mg q 12 h)<sup>1-3</sup>

Valsartan \_\_\_\_\_ mg PO q 12 h (dose de départ : 40 mg; dose ciblée : 160 mg q 12 h)<sup>1-3</sup>

\_\_\_\_\_

Soumis par:

\_\_\_\_\_

ID

\_\_\_\_\_

NOM EN LETTRES MOULÉES

\_\_\_\_\_

AAAA-MM-JJ HH:MM

Relecture

Médecin:

\_\_\_\_\_

ID

\_\_\_\_\_

NOM EN LETTRES MOULÉES

\_\_\_\_\_

AAAA-MM-JJ HH:MM

\_\_\_\_\_

SIGNATURE

Indiquer les allergies dans le formulaire approuvé et s'assurer que le bilan comparatif des médicaments a été vérifié conformément au processus de l'établissement

## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

### Médicaments contre l'insuffisance cardiaque (suite)...

#### Inhibiteurs de la néprilysine/antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARNI)

\*\*\*Si le patient demeure symptomatique malgré une trithérapie, envisager de remplacer l'IECA/ARA par un ARNI\*\*\*<sup>1,9</sup>

\*\*\*L'administration concomitante d'un IECA ou d'un ARA est contre-indiquée; si le patient prenait un IECA, attendre 36 h avant de commencer la prise d'un ARNI\*\*\*<sup>1,9</sup>

\*\*\*Doses cibles : sacubitril 97 mg/valsartan 103 mg, 1 comprimé q 12 h\*\*\*

- Sacubitril 24 mg/valsartan 26 mg, 1 comprimé PO q 12 h
- Sacubitril 49 mg/valsartan 51 mg, 1 comprimé PO q 12 h
- Sacubitril 97 mg/valsartan 103 mg, 1 comprimé PO q 12 h

#### Bêtabloquants

- Bisoprolol \_\_\_\_\_ mg PO q 24 h (dose de départ : 1,25 mg; dose ciblée : 10 mg q 24 h)<sup>1</sup>
- Carvédilol \_\_\_\_\_ mg PO q 12 h (dose de départ : 3,125 mg; dose ciblée : 25 mg q 12 h [si le patient pèse > 85 kg, dose ciblée : 50 mg q 12 h])<sup>1</sup>

#### Antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes (ARM)

- Éplérénone \_\_\_\_\_ mg PO q 24 h (dose de départ : 25 mg; dose ciblée : 50 mg q 24 h)<sup>1-3</sup>
- Spironolactone \_\_\_\_\_ mg PO q 24 h (dose de départ : 12,5 mg; dose ciblée : 50 mg q 24 h)<sup>1</sup>

#### Vasodilatateurs

\*\*\*L'association de dinitrate d'isosorbide et d'hydralazine est recommandée en plus du traitement standard pour les patients noirs atteints d'ICFER et présentant des symptômes avancés et pour les patients ne tolérant pas les IECA, les ARA ni les ARNI\*\*\*<sup>1</sup>

- Hydralazine \_\_\_\_\_ mg PO q 8 h (dose de départ : 25 mg; dose ciblée : 75 mg q 8 h)
- Et  Dinitrate d'isosorbide \_\_\_\_\_ mg PO q 8 h (dose de départ : 20 mg; dose ciblée : 40 mg q 8 h)<sup>1</sup>

#### OU

- Hydralazine \_\_\_\_\_ mg PO q 8 h (dose de départ : 25 mg; dose ciblée : 75 mg q 8 h)
- Et  Mononitrate d'isosorbide \_\_\_\_\_ mg PO q 24 h (dose de départ : 30-60 mg q 24 h; dose maximale : 120 mg q 24 h)

#### Modulateurs du nœud sinusal

\*\*\*L'ivabradine peut être envisagée chez les patients atteints d'ICFER en rythme sinusal qui présentent une fréquence cardiaque au repos ≥ 77 bpm et qui ont déjà été hospitalisés pour IC au cours de la dernière année malgré la prise d'un bêtabloquant à la dose maximale tolérée\*\*\*<sup>10</sup>

- Ivabradine \_\_\_\_\_ mg PO q 12 h  
(dose de départ : 2,5-5 mg<sup>1</sup> [si le patient a ≥ 75 ans – dose de départ : 2,5 mg]; dose ciblée : 7,5 mg PO q 12 h<sup>1</sup>)

#### Digoxine

\*\*\*La digoxine peut être envisagée chez les patients en rythme sinusal qui demeurent symptomatiques malgré une trithérapie\*\*\*<sup>1,3</sup>

- Digoxine \_\_\_\_\_ mg PO q 24 h (0,125-0,25 mg)

Soumis par:

ID \_\_\_\_\_ NOM EN LETTRES MOULÉES \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ HH:MM \_\_\_\_\_

Relecture

Médecin:

ID \_\_\_\_\_ NOM EN LETTRES MOULÉES \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ HH:MM \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

Indiquer les allergies dans le formulaire approuvé et s'assurer que le bilan comparatif des médicaments a été vérifié conformément au processus de l'établissement

## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

### Médicaments contre l'insuffisance cardiaque (suite)...

#### Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2)

\*\*\*Étant donné le risque d'acidocétose euglycémique, le traitement par un inhibiteur du SGLT2 doit être commencé une fois l'état médical du patient stabilisé ou au moment du congé; cette classe n'est pas indiquée pour le traitement usuel de l'IC aiguë\*\*\*

\*\*\*La dapagliflozine peut être envisagée chez les patients atteints d'ICFe légère ou modérée (FEVG ≤ 40 %), qu'ils soient concomitamment atteints de diabète de type 2 ou non<sup>11</sup> (ne pas utiliser chez les patients atteints de diabète de type 1)\*\*\*

\*\*\*Il faut faire preuve de prudence si un inhibiteur du SGLT2 est associé à un ARNI et à des diurétiques parce que leurs effets concomitants favorisent la diurèse\*\*\*<sup>11</sup>

**Remarque :** Si la créatinémie sérique augmente, il ne faut pas commencer de traitement par la dapagliflozine ou réévaluer ce choix si le traitement est déjà commencé.

Dapagliflozine 10 mg PO q 24 h<sup>12</sup>

À commencer le \_\_\_\_\_ (AAAA-MM-JJ) à \_\_\_\_\_ (hh:mm)

#### Surveillance des électrolytes

Protocole clinique de remplacement du potassium PO en phase non critique

\_\_\_\_\_

#### Maîtrise de la glycémie

S'il y a lieu, le prescripteur doit remplir le protocole pour la prise en charge du diabète

- Protocole pour la gestion de l'insulinothérapie (patient incapable de s'alimenter par voie orale)
- Protocole pour la gestion de l'insulinothérapie (patient capable de s'alimenter par voie orale)

Protocole clinique de prise en charge de l'hypoglycémie

\_\_\_\_\_

#### Abandon du tabac

\*\*\*Un traitement pharmacologique combiné à une consultation est plus efficace qu'un traitement pharmacologique seul\*\*\*<sup>13</sup>

Protocole clinique de thérapie de remplacement nicotinique pour les patients hospitalisés

S'il y a lieu, le prescripteur doit remplir le protocole pour les aides pharmacologiques à l'abandon du tabac chez les patients hospitalisés

#### Prophylaxie pharmacologique de la TEV

##### Prophylaxie pharmacologique de la TEV non nécessaire

Aucune prophylaxie pharmacologique : anticoagulothérapie en cours

Aucune prophylaxie pharmacologique : patient pleinement ambulatoire sans facteur de risque additionnel et durée prévue de l'hospitalisation de 24 à 48 h

Aucune prophylaxie pharmacologique : hémorragie en cours/risque élevé d'hémorragie

Aucune prophylaxie pharmacologique – raison : \_\_\_\_\_

Soumis par:

\_\_\_\_\_

ID

\_\_\_\_\_

NOM EN LETTRES MOULÉES

\_\_\_\_\_

AAAA-MM-JJ HH:MM

Relecture

Médecin:

\_\_\_\_\_

ID

\_\_\_\_\_

NOM EN LETTRES MOULÉES

\_\_\_\_\_

AAAA-MM-JJ HH:MM

\_\_\_\_\_

SIGNATURE

Indiquer les allergies dans le formulaire approuvé et s'assurer que le bilan comparatif des médicaments a été vérifié conformément au processus de l'établissement

## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

### Prophylaxie pharmacologique de la TEV (suite)...

#### Prophylaxie pharmacologique de la TEV nécessaire

Commencer l'anticoagulothérapie prescrite le \_\_\_\_\_ (AAAA-MM-JJ) à \_\_\_\_\_ (hh:mm)

#### HBPM<sup>14</sup>

- Daltéparine 5000 U SC q 24 h
- Énoxaparine à 40 mg SC q 24 h

#### Héparine non fractionnée

Héparine à 5000 U SC q \_\_\_\_\_ h (q 8-12 h)

#### Prophylaxie mécanique de la TEV

**\*\*\*Si seule la prophylaxie utilisée est mécanique, réévaluer quotidiennement l'état du patient pour vérifier s'il doit passer à une prophylaxie anticoagulante\*\*\***

- Appliquer une compression pneumatique bilatérale intermittente à l'aide d'un dispositif<sup>14</sup>
- Appliquer une compression bilatérale à l'aide de bas de contention élastiques mi-mollet<sup>14</sup>

Soumis par:

\_\_\_\_\_

Relecture

ID

NOM EN LETTRES MOULÉES

AAAA-MM-JJ HH:MM

Médecin:

\_\_\_\_\_

ID

NOM EN LETTRES MOULÉES

AAAA-MM-JJ HH:MM

SIGNATURE

Indiquer les allergies dans le formulaire approuvé et s'assurer que le bilan comparatif des médicaments a été vérifié conformément au processus de l'établissement

## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour le congé du patient atteint d'insuffisance cardiaque

### Planification du congé

**\*\*\*Les stratégies visant à réduire le taux de réhospitalisation incluent une planification hâtive du congé de l'hôpital et la prise des rendez-vous de suivi avant même le congé\*\*\*<sup>1-3</sup>**

**Remarque:** Voir la liste de vérification pour le congé d'un patient ayant présenté une décompensation de son IC.

### Rendez-vous à fixer avant le congé de l'hôpital

- Prendre le(s) rendez-vous suivant(s) pour le suivi du patient après son congé, dans les délais indiqués ci-après :
  - Cardiologue/interniste : D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_ dans les \_\_\_\_\_ semaine(s) suivant le congé
  - Médecin généraliste : D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_ dans les \_\_\_\_\_ semaine(s) suivant le congé
  - \_\_\_\_\_ dans les  \_\_\_\_\_ jour(s)  \_\_\_\_\_ semaine(s)
- Si le patient n'a pas de médecin généraliste, veiller à lui en trouver un avant son congé, conformément à la politique/procédure. Si aucun médecin généraliste n'est disponible, en aviser le médecin ou l'infirmière praticienne afin de trouver un autre arrangement pour la prestation de soins.

### Demandes de consultation à envoyer avant le congé

- S'il y a des contraintes (p. ex. financières) à l'obtention de l'équipement ou des médicaments nécessaires après le congé<sup>15</sup>, demander une consultation à : \_\_\_\_\_
- Programme d'abandon du tabac
- Envoyer la (les) demande(s) de consultation suivante(s) pour le suivi du patient après son congé, dans les délais indiqués ci-après :
  - Programme de réadaptation cardiaque Raison : \_\_\_\_\_ dans les  \_\_\_\_\_ jours(s)  \_\_\_\_\_ semaine(s)
  - Clinique de fonction cardiaque Raison : \_\_\_\_\_ dans les  \_\_\_\_\_ jours(s)  \_\_\_\_\_ semaine(s)
  - Soins à domicile et de proximité Raison : \_\_\_\_\_ dans les  \_\_\_\_\_ jours(s)  \_\_\_\_\_ semaine(s)
  - Soins palliatifs Raison : \_\_\_\_\_ dans les  \_\_\_\_\_ jours(s)  \_\_\_\_\_ semaine(s)
  - \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_ dans les  \_\_\_\_\_ jours(s)  \_\_\_\_\_ semaine(s)
- \_\_\_\_\_

### Congé de l'hôpital

- Date du congé: \_\_\_\_\_ (AAAA-MM-JJ)  Durée du séjour : \_\_\_\_\_ jour(s)
- Orientation du patient:  à la maison  centre de soins complexes  en soins de longue durée
- Diagnostic de départ: \_\_\_\_\_
- Affections concomitantes : \_\_\_\_\_

### Évaluation clinique au moment du congé

- Classe fonctionnelle de la New York Heart Association (NYHA)<sup>16</sup>:  Classe I  Classe II  Classe III  Classe IV
- FEVG : \_\_\_\_\_ %
- Poids au moment du congé : \_\_\_\_\_ kg
- Épreuves de laboratoire :**  Créatinine : \_\_\_\_\_  K : \_\_\_\_\_  Na : \_\_\_\_\_  Autre(s) : \_\_\_\_\_

Soumis par:	ID	NOM EN LETTRES MOULÉES	AAAA-MM-JJ HH:MM	<input type="checkbox"/> Relecture
Médecin:	ID	NOM EN LETTRES MOULÉES	AAAA-MM-JJ HH:MM	SIGNATURE

Indiquer les allergies dans le formulaire approuvé et s'assurer que le bilan comparatif des médicaments a été vérifié conformément au processus de l'établissement

## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour le congé du patient atteint d'insuffisance cardiaque

### Information sur le congé

- Vérifier que le bilan comparatif des médicaments a été fait conformément à la politique/procédure<sup>17</sup>
- Vérifier qu'un appel de suivi au patient ou à son aidant a été planifié dans les \_\_\_\_\_ h suivant le congé (24-72 h)<sup>18-20</sup>

### Pour le patient

- Vérifier qu'une copie des renseignements sur le congé et le suivi du patient, le plan de soins du patient et le bilan comparatif des médicaments ont été remis au patient ou à son aidant, conformément à la politique/procédure<sup>17,20-22</sup>

### Pour les prestataires de soins communautaires

- Vérifier qu'une copie du présent document, le plan de soins du patient, le résumé des renseignements sur son congé, le bilan comparatif de ses médicaments, la lettre au médecin généraliste et tout autre document pertinent ont été remis aux professionnels suivants, conformément à la politique/procédure<sup>17,20-22</sup> :

- Généraliste     Prestataire de soins à domicile     Spécialiste : \_\_\_\_\_
- Pharmacien communautaire du patient     \_\_\_\_\_

### Éducation et Autosoins

- Enseigner au patient ou à son aidant les éléments pertinents de la liste de vérification suivante<sup>23</sup> et vérifier que les directives pour son congé lui ont été fournies conformément à la politique/procédure. Évaluer et confirmer la compréhension du patient ou de son aidant<sup>24,25</sup>.

- Vérifier que les enseignements suivants ont été donnés au patient ou à son aidant dans un niveau de langage accessible<sup>16</sup> :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| • Directives pour les soins avancés         | • Définition de l'IC et de ses causes   | • Activité physique/exercice <sup>26</sup> |
| • Surveillance quotidienne du poids         | • Surveillance et gestion des diurétiques   | • Auto-soins                               |
| • Diète, p. ex. nutrition, liquides, sodium | • Mode de vie, p. ex. alcool, tabac   | • Abandon du tabac                         |
| • Modification du risque d'IC               | • Gestion de la médication  |  |
| • Symptômes d'une aggravation de l'IC       | • Situations nécessitant une consultation médicale, p. ex. symptômes spécifiques ou changement du poids |  |

- Conseiller au patient de discuter avec son médecin généraliste les recommandations en matière de vaccination
- Remettre au patient de la documentation éducative pertinente sous forme écrite<sup>27</sup>, dans la langue de son choix, et la passer en revue avec lui ou avec son aidant, conformément à la politique/procédure<sup>21,28</sup>

\_\_\_\_\_

Soumis par:	ID	NOM EN LETTRES MOULÉES	AAAA-MM-JJ HH:MM	<input type="checkbox"/> Relecture
Médecin:	ID	NOM EN LETTRES MOULÉES	AAAA-MM-JJ HH:MM	SIGNATURE



## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour le congé du patient atteint d'insuffisance cardiaque

Cette fiche d'information sur le congé et le suivi du patient atteint d'IC sert à transmettre les directives nécessaires au patient et, une fois cela fait, elle doit être imprimée et lui être remise en main propre pour qu'il en prenne connaissance et l'apporte avec lui après son congé.

### Directives

- Prenez connaissance de l'information qui vous est fournie avant de rentrer à la maison et relisez le document une fois arrivé(e) à la maison.
- Apportez votre bilan comparatif des médicaments et votre plan de soins à votre pharmacien à votre prochaine visite.
- Apportez le présent document, votre bilan comparatif des médicaments et votre plan de soins à votre prestataire de soins primaires, c'est-à-dire votre médecin de famille ou votre infirmière praticienne.

### Information

- Ressources pour les patients de la Société canadienne d'insuffisance cardiaque : <https://heartfailure.ca/fr/formation/ressources-pour-les-patients>
- Programme sur l'insuffisance cardiaque de la Société canadienne de cardiologie : <http://www.ccs.ca/fr/lignes-directrices/programme-sur-l-insuffisance-cardiaque>
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/canada/health-information-catalogue/fr-living-with-heart-failure.ashx?rev=3238e9abfab4027b4b56a042a5d804e&hash=1B4D04630249286D09B8544119E36772>
- Pour cesser de fumer – Téléassistance pour fumeurs : 1-877-513-5333 <https://www.smokershelpline.ca/fr-ca/home>
- Pour trouver un médecin ou une infirmière praticienne – <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/inscription-clientele/Pages/guichet-acces-medecin-famille.aspx>

### Soins à domicile

- Si des dispositions ont été prises pour que vous receviez des soins à domicile et que vous n'avez pas reçu d'appel de votre coordonnateur de soins dans les \_\_\_\_\_ h suivant votre congé, veuillez appeler au numéro suivant : \_\_\_\_\_
- Si des dispositions ont été prises pour que vous receviez des services en santé respiratoire et que vous avez des questions ou des inquiétudes, veuillez appeler au numéro suivant : \_\_\_\_\_

### Tests diagnostiques

**\*\*\*Le patient atteint d'IC admis au service des urgences et/ou hospitalisé doit avoir subi une évaluation de sa fonction VG dans les 12 mois précédant la date de son admission ou avoir un rendez-vous pour en subir une dans les 30 jours suivant son congé du service des urgences\*\*\*<sup>8</sup>**

- Échocardiogramme Raison : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Rendez-vous pris par l'hôpital : Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ ou  Le patient en sera avisé  
 Rendez-vous à prendre par le patient; test à faire dans \_\_\_\_\_ semaine(s) ou \_\_\_\_\_ mois
- IRM cardiaque Raison : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Rendez-vous pris par l'hôpital : Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ ou  Le patient en sera avisé  
 Rendez-vous à prendre par le patient; test à faire dans \_\_\_\_\_ semaine(s) ou \_\_\_\_\_ mois
- \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Rendez-vous pris par l'hôpital : Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ ou  Le patient en sera avisé  
 Rendez-vous à prendre par le patient; test à faire dans \_\_\_\_\_ semaine(s) ou \_\_\_\_\_ mois

Practitioner: \_\_\_\_\_  
 ID \_\_\_\_\_ PRINTED NAME \_\_\_\_\_ YYYY-MM-DD HH:MM \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_

Contact Telephone #: \_\_\_\_\_

## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour le congé du patient atteint d'insuffisance cardiaque

### Rendez-vous

- Clinique d'insuffisance cardiaque : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Rendez-vous pris par l'hôpital : Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ **ou**  Le patient en sera avisé  
 Rendez-vous à prendre par le patient; voir dans \_\_\_\_\_ jour(s) **ou** \_\_\_\_\_ semaine(s)
- Médecin généraliste – D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Rendez-vous pris par l'hôpital : Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ **ou**  Le patient en sera avisé  
 Rendez-vous à prendre par le patient; voir dans \_\_\_\_\_ jour(s) **ou** \_\_\_\_\_ semaine(s)
- Cardiologue/interniste – D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Rendez-vous pris par l'hôpital : Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ **ou**  Le patient en sera avisé  
 Rendez-vous à prendre par le patient; voir dans \_\_\_\_\_ jour(s) **ou** \_\_\_\_\_ semaine(s)
- Programme de réadaptation cardiaque : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Rendez-vous pris par l'hôpital : Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ **ou**  Le patient en sera avisé  
 Rendez-vous à prendre par le patient; voir dans \_\_\_\_\_ jour(s) **ou** \_\_\_\_\_ semaine(s)
- Clinique de diabète : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Rendez-vous pris par l'hôpital : Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ **ou**  Le patient en sera avisé  
 Rendez-vous à prendre par le patient; voir dans \_\_\_\_\_ jour(s) **ou** \_\_\_\_\_ semaine(s)
- Programme d'abandon du tabac : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Rendez-vous pris par l'hôpital : Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ **ou**  Le patient en sera avisé  
 Rendez-vous à prendre par le patient; voir dans \_\_\_\_\_ jour(s) **ou** \_\_\_\_\_ semaine(s)
- \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Rendez-vous pris par l'hôpital : Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ **ou**  Le patient en sera avisé  
 Rendez-vous à prendre par le patient; voir dans \_\_\_\_\_ jour(s) **ou** \_\_\_\_\_ semaine(s)

Practitioner: \_\_\_\_\_  
 ID \_\_\_\_\_ PRINTED NAME \_\_\_\_\_ YYYY-MM-DD HH:MM \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_

Contact Telephone #: \_\_\_\_\_

## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

### Considérations relatives à l'élaboration et à la mise en œuvre de l'ensemble d'ordonnances

La SCIC souhaite souligner son partenariat avec Think Research et la précieuse aide des ensembles d'ordonnances des hôpitaux suivants pour l'élaboration du présent document : Alberta Health Services, Hôpital St-Boniface (Winnipeg) et Sunnybrook Health Sciences Centre (Toronto).

#### Mise à jour

Cet ensemble d'ordonnances a été mis à jour en mai 2020.

#### Abréviations

ACD : acidocétose diabétique	ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine
BNP : peptide natriurétique	CAM : méthode d'évaluation de la confusion
DFG : débit de filtration glomérulaire	FE : fraction d'éjection
FEVG : fraction d'éjection ventriculaire gauche	IC : insuffisance cardiaque
ICFeR : insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite	NT-proBNP : prohormone du BNP
CPAP : ventilation en pression positive continue	TEV : thromboembolie veineuse
IECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine	VG : ventricule gauche

#### Considérations relatives aux soins du patient

- **Traitement antiplaquettaire** : Un traitement antiplaquettaire (p. ex. acide acétylsalicylique) est recommandé aux patients atteints d'IC qui ont présenté ou qui risquent de présenter des manifestations cardiovasculaires athéroscléreuses<sup>1</sup>.
- **BNP et NT-proBNP** : Le BNP et le NT-proBNP sont utilisés comme biomarqueurs pour établir la présence et la gravité de l'IC<sup>9</sup>. La mesure des taux de peptides natriurétiques peut aider à déterminer si un patient est à risque d'IC et s'il est nécessaire de poursuivre l'investigation. Le tableau qui suit indique les taux de peptides natriurétiques et la probabilité d'IC qui leur est associée<sup>1</sup> :

	Âge	IC peu probable	IC possible, mais autres diagnostics à envisager	IC très probable
BNP	Tous les âges	< 100 pg/mL	100-150 pg/mL	> 500 pg/mL
NT-proBNP	< 50 ans	< 300 pg/mL	300-450 pg/mL	> 450 pg/mL
	50-75 ans		450-900 pg/mL	> 900 pg/mL
	> 75 ans		900-1800 pg/mL	> 1800 pg/mL

**Remarque** : Le taux de BNP peut augmenter peu de temps après la mise en route d'un traitement par un ARNI, puisque le BNP est un substrat de la néprilysine<sup>9,29</sup>. Le taux de BNP retrouve généralement sa valeur pronostique au bout de 6 mois de traitement. Bien que la NT-proBNP ne soit pas un substrat de la néprilysine, son taux peut diminuer peu de temps après la mise en route d'un traitement par un ARNI; il conserve cependant sa valeur pronostique durant cette période<sup>29,30</sup>.

- **Choix d'un IECA pour le traitement de l'IC** : Le choix de l'IECA à prescrire à un patient atteint d'IC repose sur plusieurs facteurs, notamment la fraction d'éjection (FE), le volume d'éjection systolique, la tension artérielle systolique (TAS), la tension artérielle diastolique (TAD), la pression artérielle moyenne, la fonction rénale, les effets indésirables et la mortalité. Les facteurs à tenir en compte avant de choisir un IECA pour un patient atteint d'IC sont donc nombreux, et des études plus approfondies devront être menées pour déterminer si un IECA est supérieur aux autres, en particulier pour réduire le taux de réhospitalisation et le taux de mortalité d'origine cardiaque<sup>31</sup>.

## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

- **Liste de vérification pour le congé de l'hôpital :** Les principaux éléments à prendre en considération avant de donner son congé à un patient sont les suivants<sup>1</sup> :
  - **Symptômes et maladie:**
    - Maladie cardiaque concomitante adéquatement diagnostiquée et traitée
    - Symptômes présents au moment de l'hospitalisation disparus
    - Traitement oral de longue durée contre l'IC mis en route, ajusté et optimisé (ou prévu)
  - **Stabilité:**
    - Retour au poids habituel, avant la rétention hydrique et stabilisation depuis au moins de 24 h
    - Signes vitaux normalisés et stables depuis plus de 24 h, en particulier la tension artérielle et la fréquence cardiaque
    - Diminution d'au moins 30 % du taux de peptide natriurétique mesuré à l'admission et congestion bien contrôlée
  - **Transition:**
    - Communication avec le médecin généraliste et/ou le spécialiste et/ou le programme de prise en charge pluridisciplinaire (le patient devrait idéalement être vu par un cardiologue ou un interniste dans les 7 jours suivant son congé)
    - Plan de congé indiquant clairement les épreuves de laboratoire, le suivi et les autres tests à effectuer
    - Initiation de l'éducation du patient, vérification de sa compréhension des enseignements et planification de son éducation continue incluant :
      - une séance éducative formelle pour le patient et les membres de sa famille sur la prise en charge de l'IC
      - l'enseignement de la restriction de l'apport sodique, de la méthode de pesée à la maison et des symptômes d'une aggravation de l'IC à surveiller
      - l'explication des algorithmes pour l'ajustement de la dose des diurétiques si le patient présente des épisodes de rétention hydrique à répétition
- **ARM, potassium et fonction rénale :** Les ARM peuvent élever la kaliémie sérique, surtout si le patient est atteint d'une affection pouvant mener à la déshydratation (eg. Infection, diarrhées, vomissements) et à la détérioration de la fonction rénale. Il faut surveiller étroitement la fonction rénale (p. ex. créatinine) et la kaliémie du patient pendant la prise d'un médicament de cette classe<sup>1</sup>.
- **Patient à risque d'hypercapnie<sup>4</sup> :** La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est l'affection qui cause le plus fréquemment une hypercapnie<sup>4</sup>; les autres patients à risque d'insuffisance respiratoire hypercapnique sont notamment ceux atteints de fibrose kystique, de bronchiectasie non associée à la fibrose kystique (souvent associée à une MPOC ou à un asthme sévère), de cyphoscoliose sévère ou de spondylarthrite ankylosante sévère, de graves cicatrices pulmonaires causées par un ancien épisode de tuberculose (surtout en cas de thoracoplastie), d'obésité morbide (IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>), de troubles musculosquelettiques accompagnés d'une faiblesse des muscles respiratoires (ventilation mécanique à domicile) ou bien d'une surdose d'opioïdes, de benzodiazépines ou d'autres médicaments ayant un effet dépresseur sur l'appareil respiratoire. La SpO<sub>2</sub> cible chez les patients atteints de MPOC et à risque d'hypercapnie est comprise entre 88 et 92 %. La SpO<sub>2</sub> cible chez les patients qui présentent d'autres facteurs de risque d'hypercapnie est comprise entre 88 et 92 %; ces recommandations se fondent sur l'opinion d'experts qui elle-même se base sur une extrapolation des études observationnelles.

## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

- **Inhibiteurs du SGLT2** : La Société canadienne de cardiologie (SCC) recommande l'emploi des inhibiteurs du SGLT2, comme la dapagliflozine, chez les patients qui présentent une IC légère ou modérée attribuable à une FEVG réduite ( $\leq 40\%$ ) qu'ils soient ou non concomitamment atteints de diabète, afin d'atténuer leurs symptômes, d'améliorer leur qualité de vie ainsi que de réduire leur risque de réhospitalisation et de décès d'origine cardiovasculaire (recommandation conditionnelle, preuves de grande qualité)<sup>11</sup>. Cette recommandation se fonde sur les résultats de l'étude DAPA-HF (Dapagliflozin on Incidence of Worsening Heart Failure or Cardiovascular Death in Patients with CHF)<sup>12</sup>.
- **Apnée du sommeil** : L'apnée obstructive du sommeil (AOS) et l'apnée centrale du sommeil (ACS) sont les deux principaux types de troubles respiratoires durant le sommeil. Environ 40 % des patients atteints d'IC souffrent d'ACS et 11 %, d'AOS. Bien des patients atteints d'IC souffrent de troubles respiratoires durant le sommeil qui ne sont pas diagnostiqués, probablement à cause des ressources limitées et de la méconnaissance du problème. Il est recommandé aux cliniciens qui traitent les patients atteints d'IC de les diriger vers un médecin spécialisé en sommeil ou vers un centre d'étude du sommeil pour déterminer s'ils souffrent d'ACS ou bien d'AOS<sup>1</sup>.
- **Supplémentation en O<sub>2</sub> et valeurs ciblées** : Les données scientifiques montrent que chez les adultes gravement malades, une oxygénothérapie administrée en quantité généreuse accroît la mortalité sans atténuer les autres problèmes importants aux yeux des patients. Lorsque la SpO<sub>2</sub> se situe entre 94 et 96 %, la supplémentation en O<sub>2</sub> peut devenir nuisible<sup>32</sup>. Une revue systématique et une méta-analyse réalisée par Chu et ses collaborateurs ont montré que les patients recevant une oxygénothérapie en quantité généreuse présentaient une augmentation de leur risque de mortalité à court et à long terme qui était proportionnelle à la dose administrée<sup>32</sup>. Des études comparatives avec répartition aléatoire semblent indiquer qu'un risque accru d'insuffisance respiratoire, de nouveaux épisodes aigus, une récurrence de l'infarctus du myocarde, une arythmie et d'autres effets cardiovasculaires indésirables seraient des mécanismes pathologiques potentiellement associés à une oxygénothérapie administrée en quantité généreuse<sup>32</sup>. Une limite supérieure de 96 % permet d'éviter le risque d'hyperoxie et de remarquer plus rapidement l'amélioration de l'état du patient pendant la surveillance, et donc de réduire la dose d'O<sub>2</sub><sup>6</sup>.

### Considérations administratives/organisationnelles

- **Discussions pour la planification des soins avancés** : Les discussions pour la planification des soins avancés peuvent être entamées par différents professionnels de la santé, par exemple le médecin généraliste, l'infirmière ou le travailleur social. Ce contenu doit être consigné dans un document qui s'harmonise avec les ressources de l'établissement, les flux de travail ainsi que la politique/procédure. Les discussions pour la planification des soins avancés peuvent mettre en branle un processus qui aboutira à l'établissement dans un document juridique distinct d'une directive médicale anticipée<sup>33</sup>. Si le patient a établi une directive médicale anticipée, cette dernière doit être incluse à son plan de soins avancés, conformément à la politique/procédure de l'établissement et aux lois en vigueur.
- **Niveaux d'intervention médicale** : Les établissements doivent harmoniser leurs ensembles d'ordonnances concernant les niveaux de soins avec la politique/procédure et les lois en vigueur.
- **Dépistage de la malnutrition** : Les établissements doivent mettre en place un processus pour dépister la malnutrition chez tous leurs patients à l'aide d'un outil d'évaluation simple comme le CMA.
- **Scores du risque** : Le pronostic de l'IC et les scores du risque sont faciles à calculer et à établir et, si possible, doivent être intégrés à la pratique<sup>1</sup>. Les établissements doivent déterminer quels scores du risque sont le mieux adaptés à leur réalité, puis les intégrer à leur pratique de la manière qui leur convient le mieux.

## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

### Références

#### Références importantes<sup>1-33</sup>

Toutes les directives concernant les médicaments ont été vérifiées à l'aide de LexiComp et du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (eCPS).

1. Ezekowitz JA, O'Meara E, McDonald MA, et al. 2017 Comprehensive update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of heart failure. *Can J Cardiol.* 2017;33(11):1342-1433. doi:10.1016/j.cjca.2017.08.022.
2. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62(16):e147-239. doi:10.1016/j.jacc.2013.05.019.
3. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2016;37(27):2129-2200. doi:10.1093/eurheartj/ehw128.
4. O'Driscoll BR, Howard LS, Earis J, et al. BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *Thorax.* 2017;72(Suppl 1):i1-i90.
5. Siemieniuk RAC, Chu DK, Kim LH-Y, et al. Oxygen therapy for acutely ill medical patients: a clinical practice guideline. *BMJ.* October 2018;k4169. doi:10.1136/bmj.k4169.
6. Beasley R, Chien J, Douglas J, et al. Thoracic Society of Australia and New Zealand oxygen guidelines for acute oxygen use in adults: 'swimming between the flags.' *Respirology.* 2015;20(8):1182-1191. doi:10.1111/resp.12620.
7. American Sleep Apnea Association. CPAP use in a hospital or surgical setting. 2007. [www.sleepapnea.org](http://www.sleepapnea.org).
8. Société canadienne de cardiologie. The Canadian Cardiovascular Society quality indicators e-catalogue for heart failure – a CCS consensus document. 2019.
9. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. *Circulation.* 2017;136(6). doi:10.1161/CIR.0000000000000509.
10. Perras C, de Léséleuc L, Ahuja T, Loshak H. Ivabradine for heart failure. *CADTH Technol Rev Optim Use 360 Report.* 2019;(23):12.
11. O'Meara E, McDonald M, Chan M, et al. CCS/CHFS Heart failure guidelines: clinical trial update on functional mitral regurgitation, SGLT2 inhibitors, ARNI in HFpEF, and tafamidis in amyloidosis. *Can J Cardiol.* 2020;36(2):159-169. doi:10.1016/j.cjca.2019.11.036.
12. McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, et al. Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. *N Engl J Med.* 2019;381(21):1995-2008. doi:10.1056/NEJMoa1911303.
13. Stead LF, Lancaster T. Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(12). doi:10.1002/14651858.CD009670.pub2.
14. Thrombose Canada. Thromboprophylaxis: hospitalized medical patients. 2019. <https://thrombosiscanada.ca/wp-content/uploads/2019/05/Thromboprophylaxis-Medical-Patients-2019Apr30.pdf>.
15. Association médicale canadienne. Énoncé de position. Assurer un accès équitable aux soins de santé : stratégies pour les gouvernements, les planificateurs de systèmes de santé et les médecins. 2013:1-17.

## Ensemble d'ordonnances de la SCIC pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

### Références (suite)...

16. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129-2200m. doi:10.1093/eurheartj/ehw128.
17. Institut canadien pour la sécurité des patients/Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. Bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée. *Trousse En avant!* 2017:1-69.
18. Healthcare Insurance Reciprocal of Canada. HIROC. Post discharge phone calls. HIROC. 2013:1-2.
19. Agency for Healthcare and Research Quality. Re-engineered discharge (RED) toolkit. Tool 5: how to conduct a post-discharge phone call. AHRQ. 2013.
20. Auerbach AD, Kripalani S, Vasilevskis EE, et al. Preventability and causes of readmissions in a national cohort of general medicine patients. *JAMA Intern Med*. 2016;176(4):484-493.
21. Qualité des services de santé Ontario. Health Quality Ontario home and community care hospital readmission. 2015.
22. Agency for Healthcare Research and Quality. Re-engineered discharge (RED) toolkit. Tool 1: overview. AHRQ. 2013.
23. Agency for Healthcare Research and Quality. IDEAL discharge planning overview, process, and checklist. AHRQ. 2013:1-7.
24. Agency for Healthcare Research and Quality. Use the teach-back method: tool 5. AHRQ. 2015:18-20.
25. National Center for Ethics in Healthcare. "Teach Back". A tool for improving provider-patient communication. *Natl Cent Ethics Healthc*. 2006;(April):1-2.
26. Ezekowitz JA, O'Meara E, McDonald MA, et al. 2017 Comprehensive update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of heart failure. *Can J Cardiol*. 2017;33(11):1342-1433. doi:10.1016/j.cjca.2017.08.022.
27. McCarthy DM, Engel KG, Buckley BA, et al. Emergency department discharge instructions: lessons learned through developing new patient education materials. *Emerg Med Int*. 2012;2012:1-7. doi:10.1155/2012/306859.
28. Agency for Healthcare Research and Quality. Re-engineered discharge (RED) toolkit. Tool 6: how to monitor RED implementation and outcomes. AHRQ. <https://www.ahrq.gov/professionals>. Publication en 2013.
29. Myhre PL, Vaduganathan M, Claggett B, et al. B-type natriuretic peptide during treatment with sacubitril/valsartan. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(11):1264-1272. doi:10.1016/j.jacc.2019.01.018.
30. Velazquez EJ, Morrow DA, DeVore AD, et al. Angiotensin–neprilysin inhibition in acute decompensated heart failure. *N Engl J Med*. 2019;380(6):539-548. doi:10.1056/NEJMoa1812851.
31. Sun W, Zhang H, Guo J, et al. Comparison of the efficacy and safety of different ACE inhibitors in patients with chronic heart failure. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(6). doi:10.1097/MD.0000000000002554.
32. Chu DK, Kim LH-Y, Young PJ, et al. Mortality and morbidity in acutely ill adults treated with liberal versus conservative oxygen therapy (IOTA): a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2018;391(10131):1693-1705. doi:10.1016/S0140-6736(18)30479-3.
33. Association canadienne de soins palliatifs. La planification préalable des soins au Canada : cadre national. 2012:1-42. <https://www.advancecareplanning.ca/wp-content/uploads/2016/08/ACP-Framework->