

Questionnaire sur la cardiomyopathie

Nom du patient _____

Date _____ / _____ / _____
(jj/mm/aaaa)

Symptômes :

- 1 Souffrez-vous d'essoufflements?**
 Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

- 2 Si « Oui », quel niveau d'activité déclenche vos essoufflements?**
 Escalier sur deux étages (20 pas) Escalier sur un étage (10 pas) Déplacements chez vous
 Au repos Sans objet

- 3 Souffrez-vous d'enflures (rétention d'eau) dans les jambes ou d'autres régions du corps (taille, mains)?**
 Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

- 4 Devez-vous soulever votre tête pour respirer correctement quand vous dormez?**
 Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

- 5 Si « Oui », combien d'oreillers utilisez-vous (à quelle hauteur soulevez-vous votre tête)?**
 2 oreillers 3 oreillers 4 oreillers
 La tête complètement droite (par exemple, dans un fauteuil) Sans objet

- 6 Vous réveillez-vous au milieu de la nuit, parce que vous n'arrivez plus à respirer?**
 Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

- 7 Avez-vous des douleurs dans la poitrine?**
 Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

- 8 Vous sentez-vous facilement rassasié(e)/ballonné(e) après les repas?**
 Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

[Suite »](#)

Symptômes : (suite)

9 Avez-vous des vertiges ou des évanouissements lorsque vous vous levez/ou en marchant?

- Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps
-

10 Vous est-il déjà arrivé de vous évanouir (perte de conscience)?

- Non Oui
-

Antécédents médicaux :

11 Avez-vous des antécédents d'insuffisance cardiaque?

- Non Oui
-

12 Avez-vous des antécédents de fibrillation auriculaire ou de flutter auriculaire (battements de cœur irréguliers ou cœur qui bat très vite)?

- Non Oui
-

13 Portez-vous un stimulateur cardiaque?

- Non Oui
-

14 Avez-vous ou avez-vous déjà eu une sténose de la valvule aortique (sténose aortique)?

- Non Oui
-

