

# LISTE DES SYMPTÔMES ASSOCIÉS À LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

SYMPTÔMES	FRÉQUENCE DES SYMPTÔMES				
	Jamais	Parfois	Souvent	Tous les jours	Ne s'applique pas
<b>Hypotension</b> (pression artérielle $\leq 90/60$ mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hypotension orthostatique</b> (Baisse de pression artérielle lors du passage à la position debout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fatigue / Faiblesse / Baisse d'énergie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fréquence cardiaque basse</b> ( $\leq 50$ BPM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tête légère</b> (étourdissements) / <b>Vertige</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Extrémités froides</b> (mains et pieds froids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dyspnée</b> (essoufflement ou difficulté à respirer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dépression / Labilité émotionnelle</b> (fluctuation marquée de l'humeur) / <b>Cauchemars</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diminution de la libido</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nausée</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Questions supplémentaires :

1. Avez-vous noté des changements au niveau de vos symptômes depuis votre dernière visite médicale?

Détérioration  Amélioration  Aucun changement

• S'il y a eu des changements au niveau de vos symptômes, croyez-vous que ceux-ci soient en relation avec :

Vos médicaments (Spécifier) : \_\_\_\_\_

Votre condition (Spécifier) : \_\_\_\_\_

Autres (Spécifier) : \_\_\_\_\_

2. Aimeriez-vous discuter de vos symptômes avec votre professionnel de la santé?

Oui  Non

## À remplir par le professionnel de la santé

Est-ce que les symptômes ont été adressés avec le patient?

Oui  Non

• Si oui, spécifier quelles actions ont été prises :

---



---

# SUIVI DE L'OPTIMISATION DES MÉDICAMENTS POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

STATUT DE L'OPTIMISATION (Choisir seulement 1 par classe de médicament)	CLASSES DE MÉDICATION				
	IECA/ARA ARNI	Bêta- bloquant	ARM	iSGLT2	Modulateur du nœud sinusal
<b>Non-indiqué</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Contre-indiqué</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raison(s) :	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Non-toléré</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raison(s) :	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
<b>En cours d'optimisation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dose max. tolérée atteinte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raison(s) de la dose sous-optimale :	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Dose cible des lignes directrices atteinte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Optimisation complétée</b>					
(JJ/MM/AAAA)	_____	_____	_____	_____	_____

Notes additionnelles :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

