

Installation : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____

AAAA-MM-JJ

☐ F ☐ M

NAM : _____

Exp. _____

AAAA-MM

Nom de la mère : _____

EXACERBATION INSUFFISANCE CARDIAQUE

URGENCE OBSERVATION UHB ZER

Poids : _____ kg

Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

CRITÈRES D'INITIATION :

- ☐ Diagnostic confirmé ou fortement présumé d'insuffisance cardiaque
- ☐ Nul besoin d'investigations supplémentaires dans l'immédiat
- ☐ Stabilité hémodynamique

CRITÈRES D'EXCLUSION :

- ☐ Syndrome coronarien aigu
- ☐ Dyspnée d'étiologie indéterminée

DIRECTIVES :

- ☐ Remplir l'attestation d'absence
- ☐ Remplir les ordonnances de départ
- ☐ Remplir la feuille sommaire

PRESCRIPTIONS INITIALES

- Demander le profil pharmaceutique à la pharmacie communautaire / DSQ
- Poids à l'arrivée et DIE
- Installer cathéter court salin
- Signes vitaux : ☐ q 4 h ☐ QID ☐ TID Autre : _____
- Si usager diabétique, glycémie capillaire QID
- Oxygène pour saturation supérieure à _____ %
- Bilan ingesta / excrète q 8 h
- Restriction liquidienne : ☐ 1500 mL/jour **OU** : _____ mL/jour
- ☐ Installer sonde urinaire
- Diète : ☐ Hyposodée (2,3 g) ☐ Contrôlée en glucides Autre : _____
- Mobilisation selon tolérance

ANALYSES DE LABORATOIRE

- ☐ Moniteur cardiaque à cesser si dernière troponine est négative **ou** _____
 - ☐ Électrolytes (Na⁺; K⁺; Cl⁻), créatinine, urée, glucose, pro-Bnp, gaz veineux DIE
- Remplir : [OIP-605 Potassium en fonction de la kaliémie](#)

EXAMENS DIAGNOSTIQUES

- ☐ Échographie cardiaque trans thoracique (ETT)
- ☐ Consultation cardiologie

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init.)

inf.)

**EXACERBATION INSUFFISANCE CARDIAQUE
URGENCE OBSERVATION UHB ZER
(SUITE)**

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

AUTRE

ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES

_____ Acétaminophène ☐ 650 mg ☐ 1000 mg ☐ PO ☐ IR q 4-6 h ☐ Régulier ☐ PRN si douleur ou fièvre
Initiales

_____ Furosémide _____ mg IV ☐ q 6 h x 2 doses **OU** ☐ _____
Initiales

Aviser le médecin si diurèse inférieure à 250 mL 2 heures post première dose de furosémide IV

_____ Furosémide _____ mg PO ☐ BID **OU** ☐ _____
Initiales

A débiter après les doses IV

Autre : _____

Insulinothérapie : Remplir **OIPI-629** *Insuline sous-cutanée selon échelle glycémique*

FAIRE REVOIR PAR LE MÉDECIN EN TOUT TEMPS SI :

- Augmentation de la dyspnée
- Augmentation ou nouvelle douleur thoracique
- Instabilité hémodynamique
- Anomalie au moniteur cardiaque
- Usager ne rencontre pas les critères de congé

→ FAIRE REVOIR L'USAGER PAR LE MÉDECIN MINIMALEMENT Q 24 H

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init.)
	inf.)	

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

**EXACERBATION INSUFFISANCE CARDIAQUE
URGENCE OBSERVATION UHB ZER
REEVALUATION MEDICALE ET CONDUITE**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

RÉÉVALUATION ET SUIVI MÉDICAL

- ☐ Congé : l'usager peut avoir congé dès maintenant ou _____
- ☐ Revoir post : _____
- ☐ Hospitalisation : _____
☐ UHB

ANALYSES DE LABORATOIRE DE CONTRÔLE

☐ : _____

EXAMENS DIAGNOSTIQUES DE CONTRÔLE

☐ : _____

CONSULTATION

☐ : _____

CRITÈRES DE CONGÉ :

- ☐ Faire revoir par le médecin pour l'obtention du congé
- Observation minimale de 12 heures
- ☐ Créatinine inférieure à : _____ mmol/L
 - ☐ Signes vitaux stables
 - ☐ Amélioration clinique : usager de retour à son état de base
 - ☐ Mobilisation possible sans dyspnée importante (*état de base de l'usager*)
 - ☐ Saturation AA supérieure à 90 % ou _____ %
 - ☐ Absence de douleur thoracique
 - ☐ Absence d'arythmie au monitoring cardiaque
- Les résultats des bilans de contrôle et l'ECG ont été obtenus et sont dans les limites de la normale
- ☐ Usager se sent mieux et est d'accord pour quitter

AU CONGÉ DE L'USAGER

- Remettre les ordonnances de départ
- Remettre quelques doses de médicaments (*selon prescription de départ*), si congé hors des heures d'ouverture des pharmacies communautaires
- Remettre une copie de la feuille sommaire
- Expliquer à l'usager la restriction hydrique de : _____ mL / jour
- Remettre la demande de bilans de contrôle en externe
- Autre : _____

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init.)
	inf.)	

APPENDIX

Heart failure

What is heart failure? Heart failure is when the heart doesn't pump blood as efficiently as it should, meaning the body doesn't get the oxygen and nutrients it needs to function properly.

What are the causes of heart failure?

- Heart attack
- High blood pressure
- Infection or disease of the heart muscle (cardiomyopathy or myocarditis)
- Diabetes
- Heart valve disease
- Drug or alcohol abuse

What are the signs and symptoms?

Fatigue, lack of energy, shortness of breath, coughing, decreased appetite, weight gain, difficulty urinating, swelling in the legs and ankles, orthopnea (difficulty breathing while lying down) and paroxysmal nocturnal dyspnea (waking up at night and gasping for breath).

Ways to control your disease better:

- Quit smoking
- Weigh yourself every day when you get up, after urinating, and keep track of your weight
- Take your medication every day
- Limit your sodium intake, put less salt on your food, and eat a healthy diet
- Calculate your fluid intake and stay within your daily limit
- Exercise according to your ability

Ways to feel less thirsty:

Eat frozen fruit, suck on ice cubes, chew gum, rinse your mouth out, brush your teeth.

When to see your doctor:

If you gain more than 1.5 kg (3 lb.) or more in 3-5 days.

When to go to the Emergency department:

- Severe shortness of breath at rest and the feeling like you can't get enough air
- Loss of consciousness
- Pain in the chest, arm, jaw or back that doesn't go away even after 3 sprays of nitroglycerin (spaced 5 minutes apart)

If you're ever worried about a symptom or your health in general, don't hesitate to call Info-Santé at 811.