

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.)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

[illegible]

_____ 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 : _____

Page 1 de 2
Dossier médical

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.)	

ANNEXE

Insuffisance cardiaque

Qu'est-ce que l'insuffisance cardiaque : L'insuffisance cardiaque se manifeste lorsque le cœur ne pompe pas aussi efficacement qu'il le devrait. Le corps ne reçoit donc pas l'oxygène et les éléments nutritifs dont il a besoin pour bien fonctionner.

Quelles sont les causes de l'insuffisance cardiaque?

- Crise cardiaque
- Haute pression
- Infection ou maladie du muscle cardiaque (Cardiomyopathie ou myocardite)
- Diabète
- Problèmes de valves cardiaques
- Abus de drogue ou d'alcool

Quelles sont les signes et les symptômes :

Fatigue, perte d'énergie, essoufflement, toux, diminution de l'appétit, gain de poids, difficulté à uriner, enflure aux chevilles et aux jambes, l'orthopnée (difficulté à dormir à plat) et la dyspnée paroxystique nocturne (réveil nocturne en suffoquant)

Des actions à faire quotidiennement afin de mieux contrôler votre maladie :

- Cesser de fumer
- Vous pesez tous les jours au lever, après avoir uriné et prendre en note votre poids
- Prendre votre médication tous les jours
- Réduire le sel, limiter l'usage de la salière et bien vous alimenter
- **Calculer tous les liquides et respecter votre limite quotidienne**
- Faire de l'activité physique selon votre capacité

Quand consulter votre médecin :

Si votre poids augmente de 1,5 Kg (3 livres) ou plus sur 3 à 5 jours.

Quand se présenter à l'urgence :

- Un essoufflement très important au repos avec une sensation de manquer d'air
- Perte de conscience
- Une douleur à la poitrine, au bras, à la mâchoire, dans le dos qui persiste malgré la prise de 3 doses de nitroglycérine en vaporisation (5 minutes d'intervalle entre chaque dose)

En tout temps, si vous ressentez certains symptômes et que votre état de santé vous inquiète, communiquez avec la ligne : Info-Santé au 811