

## Note d'information

# ÉTUDE DU FARDEAU ET DU HANDICAP PORTÉS PAR LE PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE ET SON AIDANT DANS LA SOCIÉTÉ

Madame, Monsieur, chère consœur, cher confrère,

Votre patient(e) a accepté de participer à une enquête dans le domaine de la santé conduite à l'initiative du Groupe Insuffisance Cardiaque de la Société Française de Cardiologie, qui a pour objectif de mieux faire connaître et reconnaître l'insuffisance cardiaque par les pouvoirs publics, les administrations et les instances de santé. Le présent volet « soignant » à remplir est optionnel, et si vous le pouvez et le souhaitez nous vous remercions de remplir les quelques informations à votre disposition.

### Je suis...

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiologue hospitalier      | <input type="checkbox"/> Gériatre                          | <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Diététicien(ne)  |
| <input type="checkbox"/> Cardiologue libéral ou mixte | <input type="checkbox"/> Pharmacien(ne)                    | <input type="checkbox"/> Médecin du travail  | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(ère)               | <input type="checkbox"/> Autre professionnel de santé..... |  |   |

### Quelle est votre évaluation de l'état fonctionnel de votre patient(e) ? *Une seule réponse*

- Votre patient(e) n'est pas essoufflé(e) ni fatigué(e) dans son quotidien
- Votre patient(e) est essoufflé(e) ou fatigué(e) pour des activités inhabituelles de son quotidien (course, port de charge lourde...)
- Votre patient(e) est essoufflé(e) ou fatigué(e) pour des activités habituelles de son quotidien mais à l'aise au repos
- Votre patient(e) est essoufflé(e) ou fatigué(e) même au repos

### Quelle est l'origine de l'insuffisance cardiaque de votre patient(e) ? *Une seule réponse*

- Ischémique                       Non ischémique                       Ne sais pas

### Quelle est la fraction d'éjection ventriculaire gauche de votre patient(e) ? *Une seule réponse*

- < 40%                       40-49%                       ≥ 50%                       Ne sais pas

### Avez-vous recommandé à votre patient(e) (NA : non applicable)

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> de diminuer sa consommation de sel ?   | <input type="checkbox"/> Oui                   | <input type="checkbox"/> Non               | <input type="checkbox"/> NA                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> de diminuer sa consommation de sucre (régime diabétique) ?                     | <input type="checkbox"/> Oui                   | <input type="checkbox"/> Non               | <input type="checkbox"/> NA                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> de diminuer sa consommation de graisses (régime pauvre en cholestérol) ?       | <input type="checkbox"/> Oui                   | <input type="checkbox"/> Non               | <input type="checkbox"/> NA                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> de suivre une alimentation contrôlée en vitamine K (traitement par AVK) ?      | <input type="checkbox"/> Oui                   | <input type="checkbox"/> Non               | <input type="checkbox"/> NA                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> d'utiliser un sel de régime (pauvre en sodium) ?                               | <input type="checkbox"/> Oui                   | <input type="checkbox"/> Non               | <input type="checkbox"/> NA                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> d'avoir une activité physique adaptée régulière (réadaptation, APA ou autre) ? | <input type="checkbox"/> Oui                   | <input type="checkbox"/> Non               | <input type="checkbox"/> NA                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> de suivre un programme d'éducation thérapeutique ?                             | <input type="checkbox"/> Oui                   | <input type="checkbox"/> Non               | <input type="checkbox"/> NA                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> de rencontrer :  | <input type="checkbox"/> un(e) diététicien(ne) | <input type="checkbox"/> un(e) psychologue | <input type="checkbox"/> un(e) assistant(e) social(e) |

### Avez-vous fait appel pour votre patient(e) à des structures de coordination de soin (réseau CLIC PTA MAIA...) ?

- Oui                       Non                       Je ne sais pas ce que c'est

### Le traitement de votre patient(e) comporte :

- |  |                              |                              |  |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bêta-bloquant (bisoprolol, carvedilol...)                                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> je n'ai pas l'information |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ivabradine   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> je n'ai pas l'information |
| <input checked="" type="checkbox"/> Digoxine   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> je n'ai pas l'information |
| <input checked="" type="checkbox"/> Diurétique de l'anse (furosemide...)                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> je n'ai pas l'information |
| <input checked="" type="checkbox"/> Autres diurétiques (hydrochlorothiazide...)                              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> je n'ai pas l'information |
| <input checked="" type="checkbox"/> Antialdostérone (eplerenone, spironolactone)                             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> je n'ai pas l'information |
| <input checked="" type="checkbox"/> Inhibiteur de l'enzyme de conversion (ramipril, enalapril...)            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> je n'ai pas l'information |
| <input checked="" type="checkbox"/> Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (candesartan, valsartan...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> je n'ai pas l'information |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sacubitril/valsartan   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> je n'ai pas l'information |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pacemaker  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> je n'ai pas l'information |
| <input checked="" type="checkbox"/> Défibrillateur   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> je n'ai pas l'information |

- Assistance circulatoire  Oui  Non  je n'ai pas l'information
- En attente de greffe cardiaque  Oui  Non  je n'ai pas l'information
- Antidiabétique  Oui  Non  je n'ai pas l'information
- Anticoagulant antivitamine K (fluindione, warfarine...)  Oui  Non  je n'ai pas l'information
- Anticoagulant direct (apixaban, rivaroxaban...)  Oui  Non  je n'ai pas l'information

**Nombre de molécules différentes prescrites (y compris en dehors des traitements de l'insuffisance cardiaque)**

- < 5                       5-9                       ≥ 10                       Ne sais pas

**Comment jugez-vous la prise de ses médicaments ? (de 0 à 10, entourer le chiffre correspondant)**

Très mauvaise observance    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Très bonne observance

**De quand date la dernière hospitalisation pour insuffisance cardiaque aiguë ?**

- < 6 mois                       6-12 mois                       > 12 mois                       Jamais                       Je n'ai pas l'information

**Comment évaluez-vous l'état de santé de votre patient(e) selon l'échelle de l'OMS ? *Une seule réponse***

- Asymptomatique (activité normale : aucune restriction à poursuivre les activités précédant l'affection).
- Symptomatique (gêné(e) pour les activités physiques soutenues mais capable de se déplacer seul(e) et d'assurer un travail léger ou sédentaire, par exemple un travail de bureau ou le ménage).
- Symptomatique, alité(e) moins de 50 % de la journée (capable de se déplacer seul(e) et de s'occuper de soi-même, mais incapable de produire un travail léger).
- Symptomatique, alité(e) plus de 50 % de la journée, sans y être confiné(e) (capable de prendre soin de soi-même de manière limitée, alité(e) ou confiné(e) au fauteuil plus de 50 % de la journée).
- Confiné(e) au lit (totalement dépendant(e), incapable de prendre soin de soi-même, confiné(e) au lit ou au fauteuil).

**Je suis pharmacien(ne)**

- Avez-vous accès aux données médicales (compte-rendu...) ?  Oui  Non
- Combien de passages en pharmacie ont eu lieu sur les 4 derniers mois ? .....  je n'ai pas l'information
- Combien de prescripteurs interviennent pour votre patient(e) ? .....  je n'ai pas l'information
- Nombre de spécialités délivrées sur les 4 derniers mois .....  je n'ai pas l'information
- L'année dernière, votre patient(e) a-t-il/elle été vacciné(e) contre la grippe ?  Oui  Non
- Un bilan de médication partagé a-t-il été fait ?  Oui  Non
- Le/la patient(e) utilise-t-il/elle un sel de régime (sel de potassium) ?  Oui  Non
- Le/la patient(e) utilise-t-il/elle des compléments alimentaires ?  Oui  Non

**Je suis infirmier(ère)**

- Combien de passages infirmiers ont eu lieu sur les 4 derniers mois ? .....  je n'ai pas l'information
- Quelle prise en charge assurez-vous ?
- Toilettes, nursing  Oui  Non
- Prises de sang  Oui  Non
- Prise en charge du traitement (pilulier)  Oui  Non
- Injection des diurétiques  Oui  Non
- Education thérapeutique  Oui  Non

Vous sentez-vous soutenu(e) dans ce rôle par :

- Cardiologue hospitalier
- Gériatre
- Médecin généraliste
- Diététicien(ne)
- Cardiologue libéral ou mixte
- Pharmacien(ne)
- Médecin du travail
- Kinésithérapeute
- Infirmier(ère)
- Autre professionnel de santé.....
- Je suis seul(e)

Rempli le (date) : .....