

FICHE DE SUIVI INFIRMIER IC

DATE :



Synthèse de fin de prise en charge

Patient : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F

Adresse : _____

Téléphone : _____

DONNÉES CLINIQUES ET SURVEILLANCE DES CONSTANTES

Poids : _____ kg (variation annuelle : _____ kg)

Tension artérielle moyenne : _____ / _____ mmHg

Fréquence cardiaque moyenne : _____ bpm

Saturation en O₂ : _____ %

Présence d'œdèmes : Oui Non / Localisation : _____

Dyspnée (NYHA) : Stade I Stade II Stade III Stade IV

Actuellement en poussée d'IC : Oui Non

ÉPISODES DE DÉCOMPENSATION

Nombre d'épisodes au cours de l'année : _____

Hospitalisation(s) : Oui Non (Si oui, nombre : _____)

Perfusion de fer : Oui Non (Si oui, nombre : _____)

BILAN BIOLOGIQUE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Dernier bilan sanguin (date) : _____

BNP / NT-proBNP : _____ pg/mL

Créatinine : _____ µmol/L

Clairance rénale (MDRD) : _____ mL/min

Ionogramme sanguin : Na⁺ _____ mmol/L K⁺ _____ mmol/L

Hémoglobine : _____ g/dL

Ferritinémie : _____

Autres : _____

OBSERVANCE DU TRAITEMENT

Traitement cardio actuel : _____

Observance du traitement : Bonne Moyenne Mauvaise

Autres traitements : _____

Intolérances : _____

Arrêt d'un traitement dans l'année ? (si oui, causes) : _____

VACCINATION

Grippe (date) : _____

Covid (date) : _____

Pneumocoque (date) : _____

PRÉVENTION

Conseils hygiéno-diététiques suivis :

Oui Non (Observations : _____)

Éducation thérapeutique réalisée (ETP) :

Oui Non

Si oui (Date ? Par qui ?) : _____

Activité Physique / Rééducation :

Oui Non

Si oui (Date ? Par qui ?) : _____

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE ET DE LA QUALITÉ DE VIE

• **Échelle de fragilité :**

Indépendant Pré-fragile Fragile

• **Capacité à gérer seul son traitement :**

Oui Non

• **Aide à domicile :**

Oui Non Type : _____

• **Aidants :**

Famille/ Proche Professionnel Aucun

• **Symptômes dépressifs/anxiété :**

Oui Non

• **(Besoin de suivi) :** Oui Non

OBSERVATIONS

Nom et signature de _____
l'infirmière