

Check-list de SORTIE d'HOSPITALISATION pour Insuffisance Cardiaque Décompensée

	FEVG :	□□	%				
CLINIQUE							
	Eupnée de repos	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
	OMI disparus	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
	Fréquence Cardiaque : 50 < FC < 80 min⁻¹ (90 si FA)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
	Pression Artérielle Systolique : 80 < PAS < 150 mm Hg	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
	Poids de sortie	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
BIOLOGIE							
	CREATININEMIE <i>en baisse, stable ou n'a pas augmenté de plus de 30%</i>	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non fait
	PEPTIDES NATRIURETIQUES <i>en baisse ou < 800 pg/ml (BNP) ou < 3 200 (NT proBNP)</i>	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non fait
FACTEURS DECLENCHANTS							
	Identifié(s) et corrigé(s)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
ORDONNANCE DE SORTIE							
 Classes thérapeutiques	IEC/ARA2	Bêtabloquants	ARM	Ivabradine	Diurétiques		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<i>SI NON prescrites, motif :</i>	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Non indication <input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Non indication <input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Non indication <input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Non indication <input type="checkbox"/> Intolérance	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Non indication <input type="checkbox"/> Intolérance		
CONSULTATIONS DE SUIVI							
	Médecin Généraliste dans les 8 jours	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>		
	Cardiologue dans les 30 jours	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>		
	Suites de Soins Réadaptation	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>		
	Autres	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>		
SUIVI BIOLOGIQUE PRESCRIT							
		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>		
INFORMATIONS DONNEES (maladie, régime, hygiène de vie)							
		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>		
FICHE DE LIAISON ou CR DE SORTIE REMIS							
		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>		
RETOUR A DOMICILE							
		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>		