



**Liste de contrôle fondée sur les lignes directrices
INFORMATION LORS DU CONGÉ DU PATIENT
SYNDROME CORONARIEN AÏGU
Cardiologie**

Je sais que je dois suivre les directives ci-dessous en raison : D'UNE CRISE CARDIAQUE
 D'ANGINE

1. **Prendre mes médicaments :** Je comprends que certains médicaments peuvent m'aider à prévenir une crise cardiaque et à prolonger ma vie. Je prendrai les médicaments ci-dessous :

Aspirine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> CI _____
Bétabloqueurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> CI _____
Inhibiteurs de l'ECA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> CI _____
Hypocholestérolémiant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> CI _____
Clopidogrel (Plavix [®])	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> CI _____
Nitroglycérine (pulvérisateur/comprimés/timbres)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> CI _____

CI =
contre-
indication

***Ces médicaments sont utilisés dans le cadre des meilleures pratiques.
Si aucun des médicaments mentionnés ci-dessus n'a été prescrit lors de mon
hospitalisation, je dois en discuter avec mon médecin lors de ma visite de suivi.***

Directives pour le patient :

- Je ne dois **jamais** cesser de prendre l'aspirine ou le Plavix[®] sans avoir consulté mon cardiologue.
- À mon retour à la maison, je demanderai à mon pharmacien de me fournir une liste à jour de mes médicaments.
- **Directives de conduite automobile :** Assurez-vous de demander à votre cardiologue quand vous pourrez recommencer à conduire.

Attendez 1 mois si vous avez été admis en raison d'une crise cardiaque; attendez 3 mois si vous conduisez un véhicule dans le cadre de votre travail. Vous pouvez commencer à conduire 2 jours plus tard si vous avez été admis pour subir une angioplastie.

- Renseignements supplémentaires/commentaires :

2. **Cesser de fumer :** Je comprends que l'usage du tabac comporte un risque majeur dans le développement de la coronaropathie. Le tabagisme peut également causer d'autres affections pouvant écourter ma vie.

Je fume et on m'a conseillé de cesser.

Oui Non CI (Non-fumeur)

On m'a prescrit un médicament pour m'aider à cesser de fumer.

Oui Non S.O.

Si je désire cesser de fumer, je peux communiquer avec le personnel du Programme d'abandon du tabac en composant le 613-761-4753.

3. **Suivre un régime alimentaire faible en gras :** Je comprends qu'un régime faible en cholestérol et en gras peut m'aider à réduire mes risques de subir une crise cardiaque.

J'ai reçu le *Guide pour un mode de vie sain* ainsi que des renseignements concernant le régime à faible teneur en gras et je connais mes taux sanguins de cholestérol et de lipides.

Oui Non

Si non, je dois discuter de mes taux sanguins de cholestérol et de lipides avec mon médecin lors de ma visite de suivi.

4. **Faire de l'exercice régulièrement :**

J'ai reçu des consignes d'activité physique pour les quelques semaines à venir, avant de commencer la réadaptation cardiaque.

Oui Non

J'ai été orienté vers le programme de réadaptation cardiaque.

Oui Non

Si vous n'avez pas eu de nouvelles des responsables du programme de réadaptation cardiaque au cours des 2 dernières semaines, veuillez composer le 613-761-4572.

5. **M'informer au sujet de la maladie du cœur :**

Au cours de mon hospitalisation, j'ai reçu de l'information sur la santé cardiaque (documents informatifs et livret relatif au congé).

Oui Non

Je sais quoi faire si mes symptômes apparaissent de nouveau.

Oui Non

Je comprends comment prendre ma nitroglycérine en aérosol lorsque j'ai des symptômes.

Oui Non

J'ai obtenu des directives relativement aux médicaments que j'ai reçus à mon congé.

Oui Non

6. **Faire un suivi auprès de mon médecin :**

J'ai un rendez-vous de suivi avec le cardiologue D^r _____ le _____ à _____.

Je dois appeler le D^r _____, à _____, pour un rendez-vous d'ici _____ semaines.

Je dois prendre rendez-vous avec mon médecin de famille d'ici 1 à 2 semaines.

Initiales de l'infirmière

Date

Signature du patient

Date