

FORMULAIRE D'ENTRÉE À L'HÔPITAL

PARCOURS INSUFFISANCE CARDIAQUE

FICHE ORIENTÉE PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Médecin traitant (prénom, nom) :

Email :

Téléphone :

PATIENT.E

Prénom, nom :

Adresse :

Date de naissance :

Mail :

Téléphone :

Motif de l'adressage (préciser) :

- ☐ demande de consultation
☐ demande d'hospitalisation
☐ demande d'exploration

Degré d'urgence :

- ☐ URGENT
☐ semi-urgent (36h)
☐ sous 15 jours
☐ sans urgence

Signes cliniques :

- ☐ Oedèmes
☐ Prise de poids
☐ Dyspnée
☐ Fatigue
☐ autre :

Etat du patient :

- connaissance de la pathologie : oui / non
- observance médicamenteuse : oui / non
- compliance : oui / non
- perte d'autonomie : oui / non
- état cognitif : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Primodécompensation ?

oui / non

Antécédents / précisions :

Documents à joindre si disponibles :	☐ ordonnance en cours de validité ☐ ECG ☐ échographie cardiaque ☐ CR cardiologue ☐ bilan biologique (fonction rénale, NTproBNP, NFS) ☐ Directives anticipées
--------------------------------------	---

INFORMATIONS PAR LE RÉFÉRENT PARCOURS BPCO

Référent parcours	Prénom, nom : <i>Angelica ALVES</i> Email : <i>contact@cptscoeuressonne.fr</i> Téléphone : <i>06 87 61 74 20</i>
Coordonnées de la famille du patient :	
Coordonnées du cercle de soins :	IDE : Cardiologue : Pharmacien : Kinésithérapeute :
Inclusion du patient dans le parcours insuffisance cardiaque ?	oui / non