

CHECK-LIST DE SORTIE D'HOSPITALISATION DU SUJET ÂGÉ INSUFFISANT CARDIAQUE (IC)	
<b>Résumé de l'hospitalisation :</b> <sup>(1,2,3)</sup>	
Nom / Prénom : ..... Âge : ..... Hospitalisation du : .../.../... au .../.../...	
Motif d'hospitalisation : ..... Décompensation d'IC : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Facteur déclenchant identifié <sup>(1,2)</sup> : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> : ..... Corrigé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
<b>Modalités de sortie</b> <sup>(1,2)</sup> :	<b>Documents de sortie</b> <sup>(1,2,3)</sup> :
<input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> PRADO <input type="checkbox"/> Plan Personnalisé de Santé (PPS) <input type="checkbox"/> Autres : .....	<input type="checkbox"/> Ordonnance de sortie <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Fiche de liaison <input type="checkbox"/> Documents patient
<b>État cardiovasculaire avant la sortie</b> <sup>(1,2)</sup>	
• Symptomatologie d'IC stabilisée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • PA : ...../.....mmHg → contrôlée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • FC : ...../min → FC cible : ...../min < FC < ...../min • Poids de sortie : .....kg	• Dernière FEVG : .....% • BNP <input type="checkbox"/> : .....pg/mL • NT-proBNP <input type="checkbox"/> : .....pg/mL • Fonction rénale : .....
<b>Risque élevé de réhospitalisation précoce</b> <sup>(2,4)</sup>	
<input type="checkbox"/> Hospitalisation pour IC <input type="checkbox"/> Pneumonie ou exacerbation de BPCO <input type="checkbox"/> Syndrome coronaire aigu <input type="checkbox"/> Présence d'un « syndrome gériatrique »	<input type="checkbox"/> Existence d'une dépendance préexistante <input type="checkbox"/> Antécédent d'hospitalisation non programmée < 6 mois <input type="checkbox"/> Situation sociale (précarité, isolement) défavorable
<b>En cas d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque</b> <sup>(2)</sup> :	
<input type="checkbox"/> Paramètres biologiques péjoratifs : insuffisance rénale sévère, hyponatrémie persistante, maintien d'un taux élevé de peptides natriurétiques (BNP) malgré un traitement optimal de la décompensation aiguë	
<b>Traitements de sortie et optimisation des traitements</b>	
<b>Traitements de l'insuffisance cardiaque</b> <sup>(1,2)</sup> :	
• IEC ou ARA II : CI ou mal toléré <input type="checkbox"/> prescrit <input type="checkbox"/> : ..... dose : ...../j → à titrer <input type="checkbox"/> dose cible : .....	
• Bêtabloquant : CI ou mal toléré <input type="checkbox"/> prescrit <input type="checkbox"/> : ..... dose : ...../j → à titrer <input type="checkbox"/> dose cible : .....	
• Anti-aldostérone : CI ou mal toléré <input type="checkbox"/> prescrit <input type="checkbox"/> : ..... dose : ...../j → à titrer <input type="checkbox"/> dose cible : .....	
• ..... : CI ou mal toléré <input type="checkbox"/> prescrit <input type="checkbox"/> : ..... dose : ...../j → à titrer <input type="checkbox"/> dose cible : .....	
• ..... : CI ou mal toléré <input type="checkbox"/> prescrit <input type="checkbox"/> : ..... dose : ...../j → à titrer <input type="checkbox"/> dose cible : .....	
• Diurétiques : CI ou mal toléré <input type="checkbox"/> prescrit <input type="checkbox"/> : ..... dose : ...../j	
• Autres traitements de sortie : à poursuivre .....	
<b>Vaccination</b> <sup>(2)</sup> : Grippe > Effectuée <input type="checkbox"/> à faire <input type="checkbox"/> Pneumocoque > Effectuée <input type="checkbox"/> à faire <input type="checkbox"/>	
<b>Suivi</b>	
<b>Éducation du patient et de l'entourage</b> <sup>(1,2,3)</sup> :	
• Régime pauvre en sel, restriction de liquides (si indiquée) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> À faire <input type="checkbox"/>	
• Surveillance du poids, plan d'action en cas de signes d'IC : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> À faire <input type="checkbox"/>	
<b>Bilan biologique prescrit</b> <sup>(1,2)</sup> :	
• BNP <input type="checkbox"/> / NT-proBNP <input type="checkbox"/>	
• Fonction rénale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
• INR si anticoagulants : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
• Autre : .....	
<b>Continuité des soins</b> <sup>(1,2)</sup> :	
<input type="checkbox"/> Médecin traitant à 8 J <input type="checkbox"/> Cardiologue à 30 J <input type="checkbox"/> Autre spécialiste : ..... <input type="checkbox"/> Infirmière à domicile	