

Questionnaire - Maladie cardiaque ischémique

Client

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	NPA / Lieu	<input type="text"/>
Sexe	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Numéro de client	<input type="text"/>	No de proposition	<input type="text"/>

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité. **Il n'est pas nécessaire de convoquer le patient.**

Taille: cm poids: kg date:

Pression artérielle: mmHg systolique / mmHg diastolique date:

Tabagisme: Non Oui Si oui, quoi? Nombre/jour? E-cigarette: Non Oui

Ancien fumeur: Non Oui depuis quand?

Diagnostic:

Date:

Diagnostic:

Localisation:

Cause:

Date de la dernière consultation:

Précisions:

- douleurs thoraciques d'étiologie indéterminée: au repos à l'effort
Date du premier épisode: Date du dernier épisode:
Fréquence par mois:
- Maladie coronaire sans infarctus du myocarde
 IVA médiane ou distale AC ou Cx IVA proximale TCG
 Fonction ventriculaire gauche: $\geq 50\%$ 40% à 49% $< 40\%$
 Coronaropathie, traitement médical ou ACTP
 Coronaropathie, pontage aorto-coronarien avec un greffon prélevé sur l'artère mammaire interne ou l'artère thoracique interne
 Coronaropathie, pontage aorto-coronarien avec un greffon prélevé sur la veine saphène ou ACTP avec pose de stent

Atteinte des artères:

- non oui
 1 vaisseau 2 vaisseaux 3 vaisseaux 4 vaisseaux

Sténose:

non oui

Localisation:

Grade en %:

Angine de poitrine:

Date du dernier épisode:

non oui

- Retentissement fonctionnel absent ou léger (CCS I ou II)
 Retentissement fonctionnel significatif (CCS III)
 Douleurs au repos ou d'intensité croissante (CCS IV)

Infarctus du myocarde:

Date du dernier infarctus:

Localisation:

non oui

unique silencieux

multiple ou antérieur étendu, nombre:

inférieur inféro-apical inféro-latéral postérieur postéro-latéral
 antérieur antéro-latéral antéro-septal indéterminé

Obstruction du tronc commun de la coronaire gauche

Déficit cognitif post-opératoire

Mouvement de la paroi anormal:

non oui

hypokinésie de la paroi ventriculaire dyskinésie segmentaire de la paroi ventriculaire

Examens réalisés au cours des 5 dernières années:

ECG de repos Résultat: Normal Anormal Date:

Ergométrie Résultat: Normal Anormal Date:

Watt: ou MET:

Coronarographie Résultat: Normal Anormal Date:

Echocardiographie Résultat: Normal Anormal Date:

Echocardiographie de stress Résultat: Normal Anormal Date:

IRM Résultat: Normal Anormal Date:

Angiographie Résultat: Normal Anormal Date:

Autres (résultat et date):

Investigations prévues (lesquelles et quand):

Procédés chirurgicaux:

Date:

angioplastie angioplastie coronaire transluminale percutanée (ACTP)

pontage coronaire: greffons veineux uniquement greffons artériels
 sténose du ou des greffons

stent pontage défibrilateur implanté

traitement de resynchronisation cardiaque (TRC)

thrombolyse Résultat:

anévrissectomie Résultat:

autre (lesquelles et quand):

chirurgie préconisée mais non pratiquée, raisons:

Traitement médical:

Nom du médicament:	<input type="text"/>	depuis quand:	<input type="text"/>
Nom du médicament:	<input type="text"/>	depuis quand:	<input type="text"/>
Nom du médicament:	<input type="text"/>	depuis quand:	<input type="text"/>
Nom du médicament:	<input type="text"/>	depuis quand:	<input type="text"/>
Nom du médicament:	<input type="text"/>	depuis quand:	<input type="text"/>
Nom du médicament:	<input type="text"/>	depuis quand:	<input type="text"/>

Facteurs cardiovasculaires connus:

non oui

Si oui, lesquelles et depuis quand:

Diabète:

non oui

Si oui: type 1 type 2

Hb1Ac: %
 Glucose à jeun: mmol/l

Hyperlipidémie:

non oui

Date:

Cholestérol total: mmol/l
 HDL: mmol/l
 LDL: mmol/l
 Triglycérides: mmol/l

Autres commentaires:

Prière de nous joindre une copie des examens spéciaux éventuels effectués ainsi que les résultats et les valeurs de référence pour toute fiche de laboratoire.

Médecin

Tél. Fax
eMail

Date

Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à au service médicale de la mobilière.