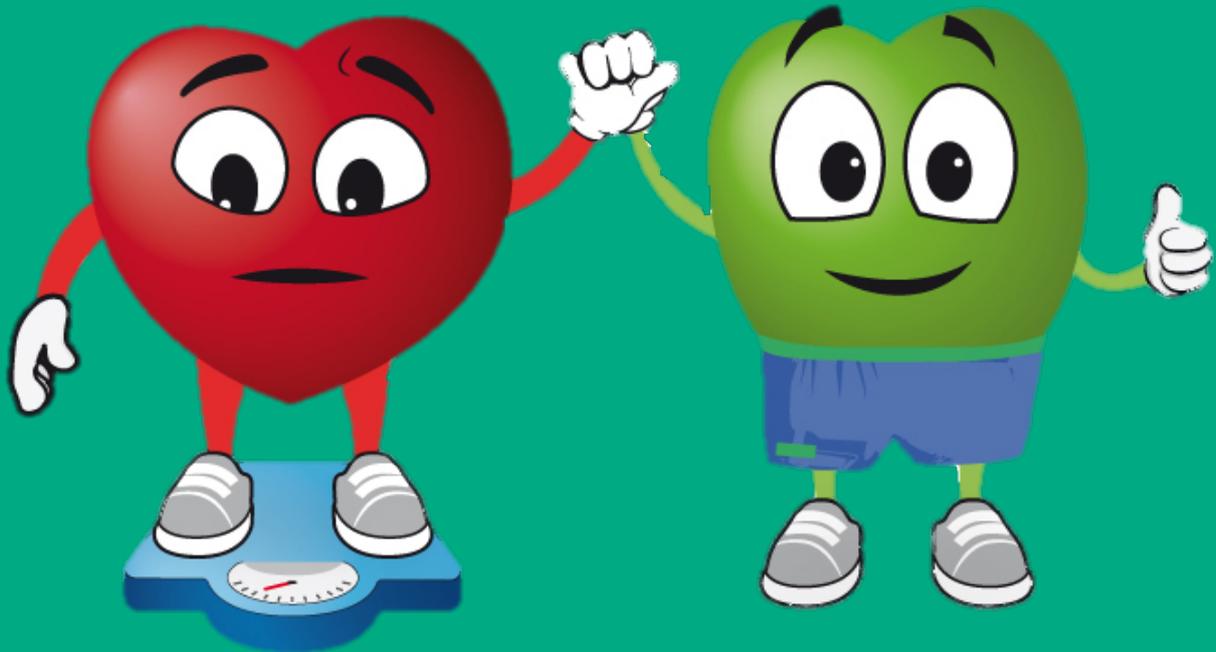


SUIVI DE MON INSUFFISANCE CARDIAQUE



Nom :

.....

Prénom :

.....

Date de naissance : __/__/__

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ___/___/___

SOMMAIRE de mon CLASSEUR DE SUIVI INSUFFISANCE CARDIAQUE



1. Liste des Contacts : Les professionnels qui assurent mon suivi
2. Fiche de suivi de mes constantes
3. Courbe de poids perpétuelle par semestre
4. Fiche de suivi par mon infirmier
5. Mon suivi biologique
6. Fiche des Médicaments en Cours : Synthèse de mes Ordonnance
7. Fiche des Médicaments Contre Indiqués : Effets secondaires perçus
8. Ensemble des comptes-rendus de consultations, chirurgies, rééducation...
9. Résultats d'examens biologiques
10. Résultats d'examens d'imageries
11. a. Mon régime hyposodé recommandé < 3g de sel par jour
b. Mon régime hyposodé recommandé entre 4 et 6 g de sel par jour
12. Liste de mes Rendez-vous – À venir et à prévoir
13. La prise en charge à 100% de votre Insuffisance Cardiaque par l'Assurance Maladie ALD (Affection de Longue Durée)
14. Mon aide sociale – DAC et Assistant social
15. Être aidant

Informations importantes :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

1. LISTE des CONTACTS

LES PROFESSIONNELS QUI ASSURENT MON SUIVI

Spécialité	Nom	Structure / Hôpital	Adresse	Téléphone
Mon Médecin Généraliste				
Mon Infirmière Libérale				
Mon Pharmacien				
Mon Cardiologue Traitant				
L'équipe de rythmologie assurant le télé suivi de mon pacemaker/défibrillateur				
Le service hospitalier/clinique de cardiologie assurant le suivi de mon IC				
Mon Diététicien				
Mon Psychologue				
Mon laboratoire d'Analyses				

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

Spécialité	Nom	Structure / Hôpital	Adresse	Téléphone
Le service de réadaptation Cardiaque				
Mon kinésithérapeute				
Cellule de Coordination Insuffisance Cardiaque - télésurveillance				

Informations importantes :

.....

.....

.....

.....

.....

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE	POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE	POULS
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16							

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

**Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon
médecin traitant**



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

**Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon
médecin traitant**



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

**Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon
médecin traitant**



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE		POULS
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Observations, questions à poser à mon infirmier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. FICHE de SUIVI de MES CONSTANTES

Si prise de poids \geq 2kg en 2 jours prévenir mon cardiologue ou mon médecin traitant



MOIS :

DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE	POULS	DATE	POIDS (en Kg)	TENSION ARTÉRIELLE	POULS
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16							

Observations, questions à poser à mon infirmier :

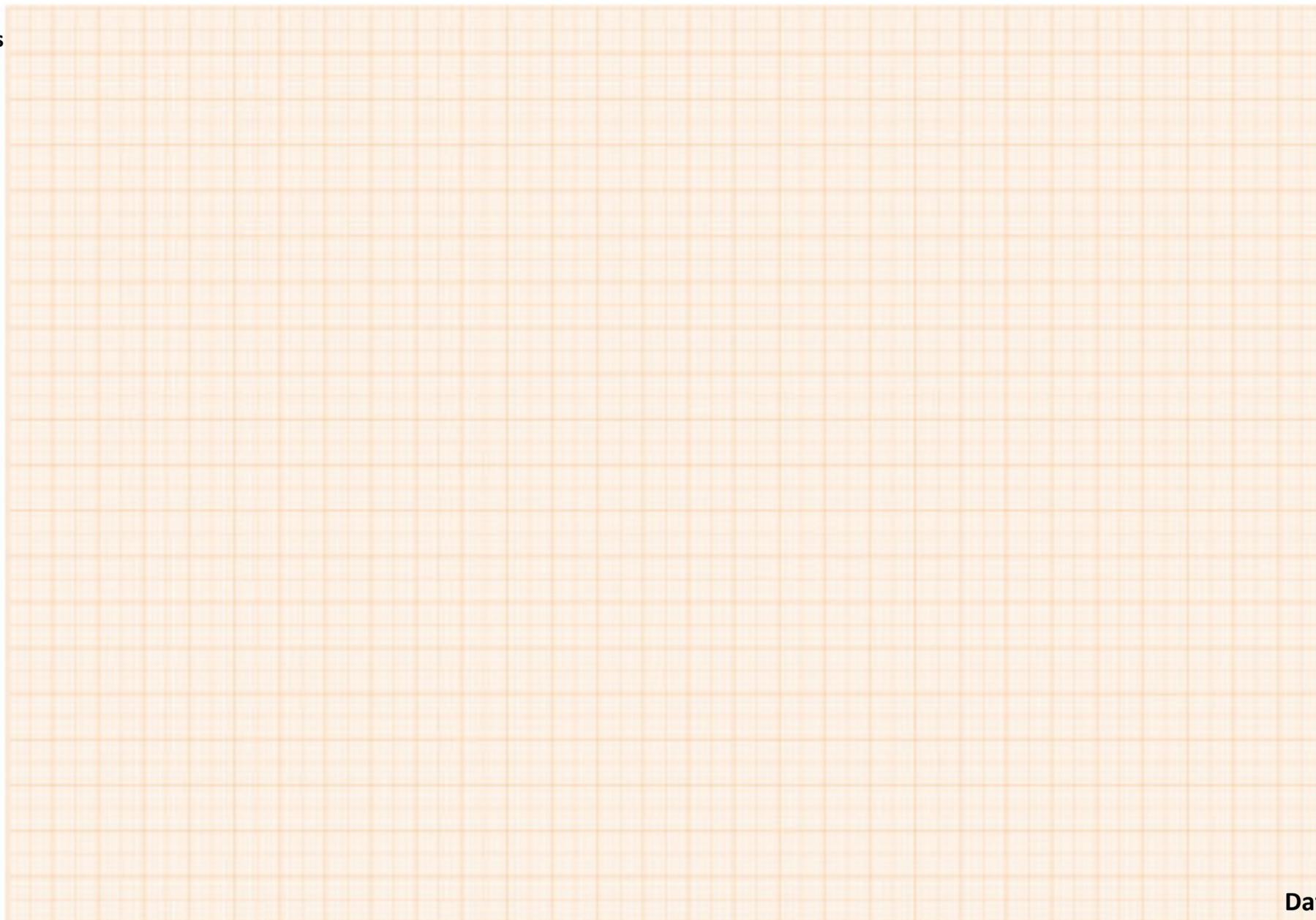
Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

2. b. Ma courbe de poids

**Poids
(kg)**



Date

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

4. FICHE de SUIVI par mon INFIRMIER

TÉL CECICS : __/__/__/__



Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															
Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

4. FICHE de SUIVI par mon INFIRMIER

TÉL CECICS : __/__/__/__



Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															
Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

4. FICHE de SUIVI par mon INFIRMIER

Tél CECICS : __/__/__/__



Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															
Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

4. FICHE de SUIVI par mon INFIRMIER

TÉL CECICS : __/__/__/__



Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															
Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

4. FICHE de SUIVI par mon INFIRMIER

TÉL CECICS : __/__/__/__



Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															
Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

4. FICHE de SUIVI par mon INFIRMIER

TÉL CECICS : __/__/__/__



Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															
Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TA Matin																															
Pouls																															
TA Soir																															
Pouls																															
Temp°																															
Poids																															
EVA																															
SAT																															
IDE																															

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

5. Mon SUIVI BIOLOGIQUE



DATE	Poids (kg)	Taux hémoglobine	Créatinine	Potassium	Bilirubine totale	Taux de NTproBNP	Taux de BNP	Dose de diurétiques

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

6. FICHE des MÉDICAMENTS EN COURS



SYNTHÈSE DE MES ORDONNANCES

Nom du médicament	Qté/Dose MATIN	Qté/Dose MIDI	Qté/Dose SOIR	Date de renouvellement

Informations importantes :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

7. FICHE des MÉDICAMENTS CONTRE INDIQUÉS

EFFETS SECONDAIRES



Nom du médicament	Effet(s) secondaire(s) constaté(s) ou allergie(s)	Date des effets

Informations importantes :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

11a – Mon régime HYPOSODÉ recommandé < 3g de sel par jour

Les Objectifs

Limiter les œdèmes



Qualité de vie

Adhésion au régime

Voici la liste des aliments très pauvres en sel que vous pouvez consommer :



Tous les fruits qu'ils soient frais, surgelés ou en conserve. Tous les fruits secs (pruneaux, dattes, figes...) et oléagineux (noix, amandes, noisettes) non salés



Tous les légumes frais, ou surgelés non cuisinés (au naturel)



Les protéines animales : œuf, volaille, viande et poisson frais ou surgelés non cuisinés



Des produits laitiers : lait, yaourt, fromage blanc, crème dessert du commerce, glace, Emmental, Mozzarella, Ricotta



Des produits céréaliers : Pain et biscottes sans sel, pain azyme, galette de riz, les céréales et légumineuses achetées non cuisinées (pâtes, riz, semoule, lentilles, haricots en grains, pois cassés), farine de blé, maizena, fécule de pomme de terre



Certains biscuits et pâtisseries : gaufrettes aux fruits, boudoirs, macarons, pâtisserie préparée à la maison sans levure chimique, pâtisserie préparée à la maison avec de la levure de boulanger.



Certaines confiseries : chocolat, confiture, miel, sucre blanc et sucre roux



Certains assaisonnements : huile, beurre doux, crème fraîche, margarine et toutes les herbes fraîches, surgelées ou sèches, poivre, épices, vinaigre, ail, échalote



Certaines boissons : eau plate, jus de fruit, soda, sirop de fruit, certaines eaux gazeuses : Perrier, Salvétat, San Pellegrino, café, thé, tisane, boisson chocolatée, chicoré

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

En consommant tous ces aliments pauvres en sel, l'alimentation apporte 1 à 2g de sel par jour. A cette alimentation de base, vous pouvez donc ajouter 1 aliment riche en sel par jour, selon vos goûts et grâce aux équivalences, sachant que

Chaque portion = 1g de sel



$\frac{1}{4}$ de baguette ou 4 tranches de pain de mie

$\frac{1}{2}$ assiette de légumes en conserve ou de légumes cuisinés surgelés ou 1 louche de potage en brique

1 portion d'environ 40g de fromage (autre que ceux qui sont pauvres en sel et cités ci-dessus)

1 tranche de jambon blanc ou 1 saucisse ou 2 rondelles de saucisson

1 tranche de saumon fumé ou 6 crevettes roses ou 6 huîtres (sans leur eau) ou 1 petite boîte de poisson en conserve

1 pâtisserie du commerce ou 1 quiche individuelle du commerce ou 1 petite part de pizza

2 pincées de sel ou $\frac{1}{4}$ de bouillon cube ou 1 c à soupe de moutarde

Ne négligez pas vos apports nutritionnels : ne diminuez pas vos rations alimentaires et pour garder le plaisir de manger, assaisonnez vos plats avec les épices et les herbes. Mettez sur le « sucré-salé » pour agrémentez vos plats en sauce.

ATTENTION : NE JAMAIS CONSOMMER DE SEL DE POTASSIUM,

ces sels de potassium sont utilisés comme substituts du sel (sodium) de table et peuvent entraîner une hyperkaliémie mortelle : parlez-en à votre médecin.

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

11b – Mon régime HYPOSODÉ recommandé 4 à 6g de sel par jour



Les Objectifs

Limiter les œdèmes



Qualité de vie

Adhésion au régime

Voici la liste des aliments très pauvres en sel que vous pouvez consommer :



Tous les fruits qu'ils soient frais, surgelés ou en conserve. Tous les fruits secs (pruneaux, dattes, figes...) et oléagineux (noix, amandes, noisettes) non salés.



Tous les légumes frais, ou surgelés non cuisinés (au naturel).



Les protéines animales : œuf, volaille, viande et poisson frais ou surgelés non cuisinés.



Des produits laitiers : lait, yaourt, fromage blanc, crème dessert du commerce, glace, Emmental, Mozzarella, Ricotta.



Des produits céréaliers : Pain et biscottes sans sel, pain azyme, galette de riz, les céréales et légumineuses achetées non cuisinées (pâtes, riz, semoule, lentilles, haricots en grains, pois cassés), farine de blé, maizena, fécule de pomme de terre.



Certains biscuits et pâtisseries : gaufrettes aux fruits, boudoirs, macarons, pâtisserie préparée à la maison sans levure chimique, pâtisserie préparée à la maison avec de la levure de boulanger.



Certaines confiseries : chocolat, confiture, miel, sucre blanc et sucre roux.



Certains assaisonnements : huile, beurre doux, crème fraîche, margarine et toutes les herbes fraîches, surgelées ou sèches, poivre, épices, vinaigre, ail, échalote.



Certaines boissons : eau plate, jus de fruit, soda, sirop de fruit, certaines eaux gazeuses : Perrier, Salvétat, San Pellegrino, café, thé, tisane, boisson chocolatée, chicoré.

En consommant tous ces aliments pauvres en sel, l'alimentation apporte 1 à 2g de sel par jour.

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

A cette alimentation de base, vous pouvez donc ajouter 1 aliment riche en sel par jour, selon vos goûts et grâce aux équivalences, sachant que

Chaque portion = 1g de sel



$\frac{1}{4}$ de baguette ou 4 tranches de pain de mie

$\frac{1}{2}$ assiette de légumes en conserve ou de légumes cuisinés surgelés ou 1 louche de potage en brique

1 portion d'environ 40g de fromage (autre que ceux qui sont pauvres en sel et cités ci-dessus)

1 tranche de jambon blanc ou 1 saucisse ou 2 rondelles de saucisson

1 tranche de saumon fumé ou 6 crevettes roses ou 6 huîtres (sans leur eau) ou 1 petite boîte de poisson en conserve

1 pâtisserie du commerce ou 1 quiche individuelle du commerce ou 1 petite part de pizza

2 pincées de sel ou $\frac{1}{4}$ de bouillon cube ou 1 c à soupe de moutarde

Ne négligez pas vos apports nutritionnels : ne diminuez pas vos rations alimentaires et pour garder le plaisir de manger, assaisonnez vos plats avec les épices et les herbes. Mettez sur le « sucré-salé » pour agrémenter vos plats en sauce.

ATTENTION : NE JAMAIS CONSOMMER DE SEL DE POTASSIUM,

ces sels de potassium sont utilisés comme substituts du sel (sodium) de table et peuvent entraîner une hyperkaliémie mortelle : parlez-en à votre médecin.

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

12. LISTE de mes RENDEZ-VOUS

À VENIR ET À PRÉVOIR



Rendez-vous à venir :

DATE du RDV	Spécialité	Professionnel rencontré	Lieu	But du RDV

Rendez-vous à prévoir :

Spécialité	Professionnel rencontré	Lieu	But du RDV

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ___/___/___

13. La prise en charge à 100% de votre Insuffisance Cardiaque par l'Assurance Maladie ALD (Affection de Longue Durée)

AFFECTION DE LONGUE DURÉE : DE QUOI PARLE-T-ON ?

L'Affection Longue Durée (ALD) concerne une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et particulièrement coûteux.

Il en existe plusieurs types, les ALD exonérantes et non exonérantes qui ne donnent pas les mêmes droits. Cela permet de définir le taux de remboursement par l'Assurance Maladie (ticket modérateur).

IL EXISTE 2 TYPES D'ALD : L'ALD EXONÉRANTE ET L'ALD NON EXONÉRANTE

ALD EXONÉRANTE

Vous êtes atteint d'une maladie grave évoluant pendant plus de 6 mois et nécessitant un traitement coûteux

Les frais de santé liés à votre maladie sont pris en charge au maximum remboursable par la Sécurité sociale (base de remboursement de la Sécurité sociale)

= Exonération du ticket modérateur

ATTENTION, certains frais restent à votre charge (les dépassements d'honoraires, la participation forfaitaire de 1 euro, la franchise médicale ou le forfait hospitalier, etc.).

ALD NON EXONÉRANTE

Votre maladie ne nécessite pas de traitement coûteux
L'Assurance Maladie rembourse aux taux habituels les soins en lien avec la maladie.

= Pas d'exonération du ticket modérateur

Cela permet de bénéficier d'un **arrêt maladie de plus de 6 mois** et de la prise en charge des transports (sous certaines conditions), mais **n'ouvre pas droit à l'exonération du ticket modérateur.**

QUI RÉDIGE LA DEMANDE ?

Votre médecin traitant déclaré rédige la demande d'ALD.

Pour l'insuffisance cardiaque c'est l'ALD 5 : Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves

Il est important que le protocole de soins soit bien documenté ++.

N'hésitez pas à transmettre au médecin traitant les éléments de l'argumentaire, afin qu'il puisse les intégrer dans sa saisie. Afin d'aider votre médecin traitant, vous trouverez dans le document suivant un courrier avec les informations importantes.

Vous devez bien faire apparaître dans le protocole de soin les éléments thérapeutiques tel que le traitement de fond de l'insuffisance cardiaque (furosémide...) et sa chronicité, les traitements spécifiques coûteux ou des chimiothérapies ou immunothérapie, des appareillages (pacemaker ou défibrillateur), ainsi que les éléments de surveillance chronique clinique (MG, cardiologue...) et paraclinique (biologie, examens cardio...).

QUI VOUS ACCORDE L'ALD ?

Les demandes d'ALD sont revues par le **médecin conseil du service médical rattaché à la CPAM** :

- Il **donne son accord**, ou non, pour la prise en charge intégrale d'une partie ou de la totalité des soins et des traitements réalisés dans le cadre d'une ALD ;
- Il indique également la **durée de la prise en charge** en ALD.

Si vous avez des questions ou un refus de prise en charge, vous pouvez joindre l'association Vaincre l'Insuffisance via le siteweb www.vaincrelinsuffisancecardiaque.org ou l'une des associations de patients : SIC, ASPIC ou AVEC.

NB : Le document **CERFA PROTOCOLE DE SOINS** à compléter porte la référence **n°11626***, **PDS-PRE**

Les **Notices pour le médecin traitant et le patient** qui accompagnent ce document portent la référence **n° 50774#03 pour le médecin et n° 50775#03 pour le patient**. Vous pouvez télécharger ces documents sur le site du Réseau Amylose.



Pour plus d'informations sur l'insuffisance
cardiaque :
www.vaincrelinsuffisancecardiaque.org

**Informations pour remplir une ALD pour un patient atteint d'insuffisance cardiaque
destinées au médecin traitant**

(A remettre au patient ou à envoyer au médecin traitant avec votre courrier)

Cher médecin traitant, cher confrère,

Votre patient atteint d'une insuffisance cardiaque vous sollicite pour sa demande d'ALD.

Nous nous permettons de vous rappeler quelques informations afin de faciliter cette obtention.

Pour l'insuffisance cardiaque, vous devez indiquer sur le formulaire CERFA l'ALD numéro 5 :
**Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves,
cardiopathies congénitales graves.**

Vous devez bien faire apparaître dans le protocole de soin les éléments thérapeutiques tel que le traitement de fond de l'insuffisance cardiaque (furosémide...) et sa chronicité, les traitements spécifiques couteux ou des chimiothérapies ou immunothérapie, des appareillages (pacemaker ou défibrillateur), ainsi que les éléments de surveillance chronique clinique (MG, cardiologue...) et paraclinique (biologie, examens cardio...).

Les demandes d'ALD seront revues par le médecin conseil du service médical rattaché à la CPAM. Si vous avez des questions ou un refus de prise en charge, vous pouvez joindre l'association Vaincre l'Insuffisance via le siteweb www.vaincrelinsuffisancecardiaque.org ou l'une des associations de patients : SIC, ASPIC ou AVEC.

Fait le __ / __ / __ à

Nom/Signature/Tampon du médecin :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

14. Mon aide sociale DAC et Assistant Social



L'insuffisance cardiaque est une maladie prise en charge à 100%.

La demande de prise en charge doit être remplie par votre médecin (voir fiche ALD - Affection de Longue Durée).

QUI CONTACTER POUR M'AIDER ?

Pour vous aider dans vos démarches sociales, vous pouvez contacter le **Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) de votre territoire**.

Il existe au niveau local différents dispositifs d'appui (MAIA, CLIC, CTA, etc.). Le DAC regroupe l'ensemble de centres locaux d'aide et d'information.

Le DAC vous permettra de bénéficier :

- d'une information sur les ressources médicales, soignantes et administratives disponibles dans votre territoire pour couvrir vos besoins d'accompagnement
- d'une écoute, d'informations, de conseils (notamment de prévention), de supports et de formations pour guider votre parcours et vous permettre d'être acteurs de votre propre prise en charge
- d'un accès à des aides pour favoriser votre maintien à domicile
- d'une première évaluation de votre demande
- d'une vigilance/ d'un repérage régulier de vos fragilités à l'occasion de contacts avec les professionnels du territoire
- d'une orientation et d'une mise en relation en réponse à vos besoins, quels que soient les professionnels sollicités
- d'un plan personnalisé de santé (PPS) explicite et accessible.

Pour trouver le dispositif d'aide de votre territoire, rendez-vous sur le site : [https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-points-dinformation-et-plateformes-de-repit?departement=MAINE-ET-LOIRE%20\(49\)](https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-points-dinformation-et-plateformes-de-repit?departement=MAINE-ET-LOIRE%20(49))

Ou dans votre moteur de recherche, tapez « Annuaire des points d'informations » et rendez-vous sur le site « www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

Vous pourrez, par la suite, et avec l'aide du DAC, rencontrer **un assistant de service social** qui réalisera une évaluation de votre situation pour vous accompagner dans les démarches de maintien à domicile et/ou de soins de suite :

- Les soins de suite et de rééducation (SSR) dans les hôpitaux ou cliniques proches de chez vous, sur prescription médicale.
- Des aides au domicile :
 - Infirmiers à domicile (Sur prescription médicale).
 - Kinésithérapeute (Sur prescription médicale).
 - Auxiliaire de vie.
 - Aide-ménagère.
 - Portage de repas.
 - Télé alarme...
- Un aménagement possible du domicile. Chacune de ces prestations est partiellement financée par différents organismes tels que :
 - La sécurité sociale
 - Votre mutuelle
 - Le conseil départemental (pour les personnes âgées)
 - La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
 - La Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France (CRAMIF)
 - La Caisse d'Allocations Familiales (CAF)
 - Votre caisse de retraite
 - L'association française contre l'Amylose
 - Diverses associations en ville.

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

15. Être aidant

Le terme **d'aidant** (professionnel ou non) est attribué à **toute personne qui apporte un soutien à une personne dépendante dans les actes essentiels de la vie ou qui a besoin d'une surveillance régulière.**

Le proche aidant ou l'aidant familial désigne la personne faisant partie de l'entourage de la personne dépendante et lui venant en aide. Parfois, cela peut-être quelqu'un d'extérieur à la famille, un voisin, un ami.

La relation aidant-aidé

Accompagner un proche en perte d'autonomie bouleverse le quotidien. Il faut pouvoir instaurer une **relation harmonieuse et équilibrée entre aidant/aidé/soignants** qui permet d'optimiser l'accompagnement.

La qualité de vie de chacun dépend également des loisirs et activités sociales, culturelles ou éducatives que vous partagez. Il existe en France de nombreuses solutions permettant aux aidés et aux aidants de trouver des temps de loisirs partagés et des temps de relations sociales de qualité, notamment au travers d'associations. Dans la mesure du possible, partagez quelques activités avec votre proche : faites-lui la lecture, regardez ensemble un bon film, si possible faites une balade...

Ne l'oubliez pas, la maladie est aussi une épreuve pour vous. Elle affecte votre vie, la vision de votre proche et celle de votre avenir ensemble. Autorisez-vous à vous reposer, à vous éloigner par moments pour reprendre votre souffle, à trouver vous aussi de l'aide. Vous devez vous sentir bien vous-même pour pouvoir aider une personne malade : **vous devez vous préserver !**

Pendant que votre proche est pris en charge par des professionnels, aménagez des temps pour vous, poursuivez les activités qui vous apportent du bien être : lire, pratiquer une activité physique, partager un moment avec des amis, aller au cinéma, faire du shopping, etc.

En tant qu'aidant, vous aurez certainement les démarches administratives à réaliser pour ou avec la personne malade. Dans un premier temps, vous rencontrerez le **médecin généraliste** qui vous oriente, en général, vers le **CLIC** (Centre Local d'Information et de Coordination) ou **CCAS** (Centre Communal d'Action Sociale) selon les régions.

Ces structures de proximité vous guideront dans les démarches administratives, dans l'évaluation des besoins de votre proche et sur les aides auxquelles vous avez droit.

Vous pourrez également trouver de l'aide auprès de l'**assistante sociale** de la mairie ou de l'hôpital et l'**Association Française des Aidants** peut vous aider et vous soutenir.

Des **ateliers d'éducation thérapeutique (ETP)** pour l'aidant vous permettent de sortir de l'isolement mais également d'acquérir et développer des connaissances et des compétences de soin, d'accompagnement, d'adaptation (savoir-faire, pouvoir faire, savoir être). Lors de ces ateliers, le parcours complet est balayé et l'échange permet d'évoquer les situations habituelles ou spécifiques et de s'enrichir de conseils des professionnels et de l'expérience des autres aidants.