

Trajectoire de soins et services pour la clientèle du programme d'insuffisance cardiaque de l'Estrie

Sous-comité Maladies chroniques

Jun 2011

Membres du Sous-comité Maladies chroniques ayant contribué à la rédaction

Carine Fortin, CSSS de la MRC-de-Coaticook

Docteure Irma Clapperton, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Jean-Dominic Rioux, CHUS

Joanne Roy, CSSS du Val-St-François

Francine Boulanger, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Josianne Desnoyers, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Linda Cormier, CHUS

Mario Duplin, CHUS

Mireille Fortin, CSSS du Haut-St-François

Nancy Beaulieu, CSSS de Memphrémagog

Docteur Paul Farand, CHUS

Docteure Raymonde Vaillancourt, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Docteure Suzanne Gosselin, CSSS-IUGS

Serge Lepage, CHUS

Docteur Sylvie Lirette, CSSS du Granit

Sylvie Quenneville, CSSS des Sources

Les membres de la Table de travail régionale sur la trajectoire de soins et services pour la clientèle en insuffisance cardiaque ont également été consultés :

Chantal Carrier, CSSS du Granit

Sylvie Dubé, CSSS du Granit

Diane Duranleau, CSSS du Haut-Saint-François

Louise Éthier, CSSS de la MRC-de-Coaticook

Carine Fortin, CSSS de la MRC-de-Coaticook

Lyne Roussel, CSSS du Val-Saint-François

France St-Cyr, CSSS des Sources

Pierrette Couture CSSS Memphrémagog

Anne-Marie Gagné, CSSS-IUGS

Sylvie Hinse, chef de programme, CSSS-IUGS

Collaboration spéciale de :

Sylvie Laforest, conseillère clinicienne cadre, CHUS

Table des matières

1. Mise en contexte	5
1.1 Cheminement clinique.....	5
1.2 Trajectoire de soins et services.....	5
2. Buts du programme.....	5
3. Objectifs visés.....	5
4. Critères d’admissibilité	6
4.1 Pour la clinique du CHUS.....	6
4.2 Critères de transfert vers une clinique satellite en CSSS.....	6
5. Rôles et responsabilités des partenaires	7
5.1 L’Agence de la santé et des services sociaux de l’Estrie.....	7
5.2 Le CHUS	7
5.3 Le centre de santé et de services sociaux	8
6. Rôles et responsabilités des différents intervenants.....	8
6.1 Cardiologue responsable du CHUS	8
6.2 Cardiologues du CHUS impliqués à la clinique du CHUS.....	9
6.3 Médecin répondant du CSSS (ou médecin désigné)	9
6.4 Médecin traitant (médecin de famille ou spécialiste).....	9
6.5 Infirmier praticien du CHUS.....	9
6.6 Infirmière clinicienne pivot des CSSS et du CHUS	10
6.7 Pharmacien (service régional desservi par le CHUS).....	11
6.8 Nutritionniste	11
6.9 Kinésiologue.....	11
6.10 Travailleur social	11
7. Soins infirmiers pour la clientèle atteinte d’insuffisance cardiaque	12
7.1 Phase 1	12
7.2 Phase 2 – Infirmier praticien ou infirmière-clinicienne du CHUS.....	15
7.3 Phase 3.....	17
7.4 Phase 4.....	17
Références.....	20
ANNEXES.....	21
Annexe 1 : Formulaire de demande d’inscription à la clinique d’insuffisance cardiaque	23
Annexe 2 : Modèle de Prochaska	25
Annexe 3 : Ordonnance collective : Effectuer une surveillance de la prise d’un antagoniste de l’aldostérone chez une personne suivie à la clinique d’insuffisance cardiaque par la réalisation de bilans sanguins.....	28
Annexe 4 : Ordonnance collective : Effectuer une surveillance des bilans sanguins en lien avec la prise d’une statine chez les patients coronariens suivis à la clinique d’insuffisance cardiaque	31
Annexe 5 : Ordonnance collective : Effectuer une surveillance des bilans sanguins en lien avec la prise d’un diurétique de l’anse/ thiazidique chez les patients coronariens suivis à la clinique d’insuffisance cardiaque	33
Annexe 6 : Ordonnance collective : Effectuer une surveillance des bilans sanguins en lien avec la prise d’un IECA/ARA chez les patients coronariens suivis à la clinique d’insuffisance cardiaque	37
Annexe 7 : <i>Ordonnance collective</i> : Effectuer une surveillance des bilans sanguins en lien avec la prise d’un antagoniste d’amiodarone chez les patients coronariens suivis à la clinique d’insuffisance cardiaque	40

Annexe 8 : <i>Ordonnance collective</i> : Effectuer une surveillance des bilans sanguins en lien avec la prise de Digoxin chez les patients coronariens suivis à la clinique d'insuffisance cardiaque	42
Annexe 9 : <i>Ordonnance collective</i> : Suivi de l'anémie chez un patient suivi à la clinique d'insuffisance cardiaque	45
Annexe 10 : Documentation de la Société québécoise d'insuffisance cardiaque- Documents remis aux patients.....	47
Annexe 11 : <i>Ordonnance collective</i> : Ajustement temporaire de la dose de furosémide (Lasix) per os	55
Annexe 12 : <i>Questionnaire</i> : Vivre avec une insuffisance cardiaque	56
Annexe 13 : Parcours du patient selon la situation	58

1. Mise en contexte

Le présent document vise à clarifier le cheminement clinique ainsi que la trajectoire de soins et services pour la clientèle admissible au programme d'insuffisance cardiaque de l'Estrie. Ce programme est constitué d'une clinique du CHUS ainsi que de cliniques satellites dans chaque CSSS de l'Estrie.

1.1 Cheminement clinique

Le cheminement clinique se définit comme l'ensemble des meilleures pratiques cliniques, basées sur les données probantes, pour chaque clientèle cible ainsi que les différentes étapes du cheminement de la personne (diagnostic → au suivi/maintien), dans la perspective d'une approche commune et harmonisée des soins et services. Le cheminement clinique est décrit essentiellement à l'intérieur du cadre de référence régional en insuffisance cardiaque.

1.2 Trajectoire de soins et services

La trajectoire de soins et services est la hiérarchisation et la stratification des soins et services de première, deuxième et troisième lignes afin de déterminer la contribution de chacun dans une approche interdisciplinaire et interétablissements. Pour ce faire, il faut tenir compte de l'intensité et de la complexité des soins et services, des volumes de personnes à desservir en fonction du maintien et du développement de l'expertise clinique des équipes soignantes de chaque établissement.

2. Buts du programme

- Améliorer l'accessibilité aux soins de santé;
- Assurer un suivi optimal des patients atteints d'insuffisance cardiaque;
- Assurer une prise en charge conforme aux données probantes et aux dernières lignes directrices;
- Améliorer la qualité de vie des insuffisants cardiaques;
- Assurer une prise en charge des patients par une équipe interdisciplinaire;
- Réduire le nombre de consultations aux services des urgences par cette clientèle;
- Réduire le taux de réadmissions en milieu hospitalier pour épisodes d'insuffisance cardiaque décompensée sur le territoire.

3. Objectifs visés

Les objectifs du programme sont de :

- Optimiser la stabilité clinique du patient;
- Assurer un suivi médical et infirmier régulier;
- Assurer un traitement et un suivi pharmacologique optimal;

- Développer la capacité de prise en charge de la maladie par le patient en améliorant sa compréhension et ses connaissances de l'insuffisance cardiaque et son traitement;
- Faire participer la famille et les proches du patient dans la gestion de la maladie;
- Réduire le nombre de consultations aux services des urgences;
- Réduire le taux de réadmissions en milieu hospitalier pour épisodes d'insuffisance cardiaque décompensée;

Pour la personne participante :

- Participer activement dans la prise en charge de sa maladie et au programme d'enseignement;
- Adhérer au traitement médical, infirmier et pharmacologique prescrits;
- Comprendre les effets recherchés et les effets secondaires de sa pharmacothérapie;
- Respecter la limite liquidienne et le régime hyposodée prescrits;
- Cesser ou diminuer le tabagisme;
- Connaître et reconnaître les signes et symptômes de décompensation;
- Utiliser la bonne ressource selon son état (urgence ou clinique d'insuffisance cardiaque) tel qu'enseigné dans le programme;
- Conserver son énergie vitale, son autonomie et capacités fonctionnelles le plus longtemps possible;
- Conserver une qualité de vie.

4. Critères d'admissibilité

4.1 Pour la clinique du CHUS

- Patient avec une insuffisance cardiaque modérée à sévère;
- Personne âgée de 18 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque avec dysfonction systolique (FEVG < 40 %) ou ayant nécessité une hospitalisation pour insuffisance cardiaque avec surcharge volémique pulmonaire ou systémique (insuffisance cardiaque d'autre étiologie ex. : dysfonction diastolique ou valvulopathie), clientèle ambulatoire;
- Capacité d'apprentissage requise de la personne ou d'un aidant significatif qui l'accompagne;
- Acceptation de participer au programme;
- Référence par un médecin et acceptation par un cardiologue de la Clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS. La demande est faite à l'aide du formulaire « *Demande d'inscription Clinique d'insuffisance cardiaque* » (annexe 1);
- Investigation de l'étiologie de l'insuffisance cardiaque complétée. La patient ne nécessite pas de traitement invasif (implantation défibrillateur/synchronisateur).

4.2 Critères de transfert vers une clinique satellite en CSSS

- Patient atteint d'insuffisance cardiaque ne nécessitant pas de soins tertiaires fréquents au plan cardiaque et présentant une situation clinique stable avec idéalement une médication déjà optimisée;
- Patient accepte d'être suivi dans sa région;

- Patient avec situation clinique précaire au plan de l'insuffisance cardiaque, mais ne pouvant se déplacer à la clinique du CHUS pour diverses raisons;

Procédures de transfert

- Inscrire, sur la feuille de suivi, l'endroit où la personne prendra dorénavant ses rendez-vous ainsi que la date souhaitée pour le prochain rendez-vous;
- Si le patient a accès à un interniste (Lac Mégantic) ou à un cardiologue (Asbestos), spécifiez, sur la feuille, le nom du médecin de famille avec lequel les rendez-vous seront pris, afin de l'informer du transfert. Noter que ces rendez-vous se feront en alternance avec la clinique d'insuffisance cardiaque (généralement aux 3 mois). *Il est important de spécifier au patient de prendre lui-même un premier rendez-vous avec le médecin de famille dans 3 mois;*
- Si le patient est transféré dans une clinique d'insuffisance cardiaque sans disponibilité d'interniste ou de cardiologue, il est nécessaire que le patient obtienne un rendez-vous avec le cardiologue référant au programme dans les 6 mois à 1 an suivant le transfert;
- Il est à noter que si le patient à transférer est suivi régulièrement par le service d'électrophysiologie médical (EPS) du CHUS, le cardiologue de la clinique du CHUS peut décider de ne pas transférer le patient dans une clinique satellite.

5. Rôles et responsabilités des partenaires

5.1 L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

- Élaborer les orientations régionales;
- S'assurer de l'implantation du modèle adopté;
- Contribuer à lever les obstacles rencontrés dans l'actualisation des mesures retenues;
- Soutenir le développement ou la consolidation des partenariats intersectoriels;
- Assurer le suivi de gestion du programme services généraux : prévention et gestion des maladies chroniques;
- S'assurer de la tenue des travaux nécessaires au développement du programme-service (trajectoires cliniques, modélisation des services, etc.) et y participer.

5.2 Le CHUS

- Assurer le leadership régional dans l'élaboration du programme cadre en insuffisance cardiaque, le cheminement clinique et les trajectoires de soins et services, en partenariat avec les CSSS;
- Offrir un programme d'enseignement complet sur l'insuffisance cardiaque par une équipe interdisciplinaire;
- Assurer l'évaluation de toutes les personnes référées au programme, le traitement et le suivi pour les situations plus complexes et référer les personnes présentant une condition moins complexe et un état de santé plus stable vers les CSSS;
- Offrir et rendre disponible l'expertise conseil à la 1^{re} ligne (aux équipes locales des CSSS, aux professionnels des GMF, etc.);

- Proposer de la formation continue et la mise à jour des outils;
- Élaborer, en partenariat notamment avec les CSSS, les trajectoires cliniques de l'insuffisance cardiaque et ajuste les services spécialisés et surspécialisés en conséquence, dont ceux d'enseignement et de réadaptation;
- S'assurer de la disponibilité d'un infirmier pivot expert (IPS en cardiologie ou son remplaçant) afin de fournir un soutien clinique dans les diverses cliniques d'insuffisance cardiaque satellite de la région de l'Estrie;
- Collaborer avec les partenaires à l'approche intégrée de soins et services pour la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque et propose les modalités de communication entre les cliniques satellites et la clinique du CHUS;
- Élaborer le plan thérapeutique;

5.3 Le centre de santé et de services sociaux

- S'assurer que les personnes éligibles de son territoire aient accès à un programme d'enseignement et de suivi complet pour l'insuffisance cardiaque;
- Mettre en place une équipe interdisciplinaire dédiée, responsable du suivi des personnes transférées de la clinique du CHUS;
- Assurer, suite au transfert, le suivi de la maladie selon les recommandations élaborées par la clinique du CHUS;
- Intégrer, harmoniser et consolider les services en fonction du programme adopté régionalement selon le modèle retenu et assurer l'adoption lors des révisions du programme;
- Élaborer, en étroite collaboration avec le CHUS, des trajectoires cliniques à mettre en place;
- Assurer un guichet d'accès au programme et référer les personnes vers la clinique du CHUS pour leur évaluation;
- Assurer, avec une approche de continuum de services, la liaison et l'intervention conjointe avec ses partenaires locaux, principalement avec les professionnels exerçant dans la communauté (médecins, pharmaciens, etc.), les organismes de la communauté et avec les services de 2^e ligne;
- Instaurer et consolider la fonction d'intervenant-pivot (infirmière) responsable de la coordination du plan d'intervention interdisciplinaire;
- Mettre de l'avant des stratégies de communication et de mobilisation afin de susciter la participation de la communauté médicale et de « concrétiser » un réel continuum de services en matière d'insuffisance cardiaque (incluant des rôles et responsabilités définis dans les trajectoires cliniques);

6. Rôles et responsabilités des différents intervenants

6.1 Cardiologue responsable du CHUS

- Assurer le leadership dans l'élaboration du contenu du cadre de référence du programme d'insuffisance cardiaque et dans la détermination des indicateurs de suivi;
- Assurer les liens avec ses collègues cardiologues pour ce qui est du contenu et du fonctionnement du programme;
- Assurer un soutien auprès des médecins répondants des CSSS.

6.2 Cardiologues du CHUS impliqués à la clinique du CHUS

- Procéder à l'évaluation et à la planification du plan de traitement des personnes inscrites à la clinique-mère et assurer leur suivi;
- Procéder au transfert des personnes vers les cliniques satellites selon les modalités établies;
- Assurer un soutien auprès des médecins répondants des CSSS.

6.3 Médecin répondant du CSSS (ou médecin désigné)

- Assurer un soutien aux intervenants du programme d'insuffisance cardiaque. Pour certains CSSS, le médecin désigné pourra contribuer au suivi des personnes, en collaboration avec l'infirmière-pivot du CSSS;
- Assurer le lien avec les autres médecins et spécialistes, si nécessaire;
- Participer à l'élaboration et à la mise à jour des plans d'urgence et des corridors de services requis en cas de détérioration de la condition des personnes suivies par l'infirmière-pivot du CSSS;
- Faire adopter les ordonnances collectives pour la clinique d'insuffisance cardiaque par le CMDP du CSSS;
- Participer à l'évaluation du programme;
- Contribuer à la promotion du programme auprès de ses pairs.

6.4 Médecin traitant (médecin de famille ou spécialiste)

- Référer sa clientèle répondant aux critères d'admissibilité à la clinique du CHUS;
- Assurer le suivi médical et pharmacologique de la personne inscrite au programme, en collaboration avec l'infirmière-pivot du CSSS ou du CHUS, le cardiologue et le pharmacien, si présent dans le programme;
- Prendre connaissance des informations transmises par l'infirmière-pivot et lui communiquer toutes informations pertinentes.

6.5 Infirmier praticien du CHUS

- Intervenir ou guider l'équipe interdisciplinaire dans la gestion des problèmes de santé;
- Participer et collaborer à l'élaboration et l'implantation de pratiques exemplaires dans les soins cardiovasculaires basés sur les données probantes;
- Assurer un rôle d'expert (formation/enseignement/gestion des activités cliniques) auprès de l'infirmière pivot du CSSS et du CHUS;
- Collaborer à la gestion de la liste d'attente pour recevoir des soins spécialisés en cardiologie à la clinique d'insuffisance;

Volet rôle clinique

- Assurer le suivi des usagers en classe III-IV nécessitant un suivi rigoureux régulier (plus rapproché qu'aux deux semaines) dans le but d'éviter des consultations aux urgences. Le transfert du suivi vers l'infirmier praticien se fait lors d'une visite régulière en concertation entre le cardiologue, l'infirmière clinicienne et l'utilisateur. Assure les mécanismes de contrôle de qualité du suivi :
- Assurer le suivi et la continuité des soins de la clientèle insuffisante cardiaque en arrêt de traitement médical, en soins palliatifs pour insuffisance cardiaque;

- Assurer les mécanismes de contrôle de qualité du suivi :
 - doute clinique par infirmier praticien → cardiologue;
 - visite aux trois mois avec le cardiologue;
- Initier les premières visites à la clinique suite à une demande médicale dans le but d'optimiser le plan thérapeutique plus rapidement chez une clientèle ayant une chance d'augmenter sa FEVG via optimisation pharmacologique. Suite à l'optimisation, l'usager est transféré dans la clientèle régulière de la clinique;
- Participer à l'optimisation pharmacologique de la médication en dehors de celles permises par les règles de soins élaborées, et ce, en conformité avec les règles d'utilisation des médicaments et règles administratives de l'établissement permises aux IPSC du CHUS.

6.6 Infirmière clinicienne pivot des CSSS et du CHUS

- Recevoir les demandes de transfert, établir le contact avec la personne et planifier un premier rendez-vous pour une évaluation infirmière complète;
- Évaluer la condition de santé globale du patient incluant son histoire de santé, sa condition physique et mentale (cognitif, perceptuel, émotif), son environnement physique, social et culturel, son réseau social;
- Compléter le portrait de la situation clinique du patient en consultant sa famille et ses proches avec l'accord du patient;
- Établir le profil pharmacologique du patient, évaluer ses connaissances et l'observance à sa pharmacothérapie prescrite;
- S'assurer de la compréhension et de l'observance du traitement médical prescrit (limite liquidienne et régime hyposodé);
- Appliquer le modèle de Prochaska pour identifier les barrières à l'observance au traitement et intervenir selon étape (annexe 2);
- Initier et assurer le suivi des bilans sanguins selon des ordonnances collectives (annexe 3 à 8);
- Assurer le suivi de l'anémie chez le patient selon ordonnance collective (annexe 9);
- Déterminer un plan de traitement infirmier (PTI), planifier enseignement et assurer le suivi clinique personnalisé;
- Déterminer un plan de service individualisé (PSI) qui tient compte des besoins du patient et de sa famille;
- Référer aux autres professionnels de la santé de l'équipe selon évaluation et besoins identifiés (nutritionniste, kinésiologue, travailleur social, pharmacien), communiquer constats de son évaluation aux intervenants de l'équipe interdisciplinaire;
- Remettre la documentation et le matériel (pichet 1.5 L0 de la Société québécoise d'insuffisance cardiaque (SQIC) utilisés pour l'enseignement (annexe 10);
- Ajuster la dose de furosémide p.o. selon ordonnance collective lorsque le patient présente une prise de poids supérieur à 2.2 kg (5 lbs) en 48 heures (annexe 11);
- Applique le protocole de spironolactone si prescrit par cardiologue (annexe 12);
- Participer à l'élaboration et à la révision des outils clinique utilisés pour le programme.

6.7 Pharmacien (service régional desservi par le CHUS)

- Offrir ses conseils et son enseignement sur l'utilisation, l'administration, les effets secondaires et les interactions médicamenteuses aux cardiologues, aux médecins, aux infirmières et aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, au besoin;
- Rencontrer les nouveaux usagers afin de faire une évaluation initiale du traitement pharmacologique;
- Participer à l'enseignement du plan pharmacologique des usagers suivis à la Clinique d'insuffisance cardiaque;
- Identifier les barrières à l'observance du plan pharmacologique;
- Encourager la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque;
- Susciter la motivation, l'observance du plan thérapeutique.

Selon les ressources disponibles à la clinique du CHUS et dans les cliniques satellites, ces professionnels pourraient être mis à contribution :

6.8 Nutritionniste

- Évaluer les habitudes alimentaires en tenant compte de l'apport hydrique et sodique de la personne et faire la promotion de saines habitudes alimentaires;
- Élaborer un plan d'alimentation répondant aux besoins nutritionnels de la clientèle;
- Faire de l'enseignement sur les changements de comportements alimentaires à adopter en regard des problèmes de santé ou des facteurs de risque en présence. Utiliser les forces et les compétences de la personne atteinte pour la motiver, elle et son proche, à persister dans le changement espéré;
- Offrir aux personnes participantes un suivi adapté à leurs besoins;
- Participer aux réunions d'équipe au besoin.

6.9 Kinésologue

- Prôner les bienfaits de l'activité physique et enseigner les saines habitudes de vie;
- Offrir aux personnes participantes un programme adapté d'activités physiques, les référer au programme de réadaptation cardiaque si indiqué;
- Assurer la progression de l'entraînement et le suivi selon la prescription de départ;
- Alimenter la motivation et l'observance;
- Enseigner, à la personne atteinte, les signes et symptômes de l'intolérance à l'effort et l'utilisation de l'échelle de Borg;
- Participer aux réunions d'équipe au besoin.

6.10 Travailleur social

- Faire la promotion de saines habitudes de vie comme la gestion du stress;
- Aider la personne atteinte et sa famille à s'adapter aux changements psychosociaux provoqués par la maladie (à titre d'exemple : la peur de la mort subite, la diminution des capacités fonctionnelles ou le changement dans le rôle

social, conjugal ou familial). Parfois, l'évolution de la maladie peut nécessiter une orientation dans un milieu de vie;

- Participer aux réunions d'équipe selon le besoin.
- Mette en place équipe de soins palliatifs à domicile au besoin et ajuster PSI selon évolution de la situation.

7. Soins infirmiers pour la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque

En constante évolution, la pratique infirmière ne cesse de se modifier, tant au point de vue conceptuel qu'au niveau du développement clinique. De plus, avec le vieillissement de la population, nous observons une augmentation des besoins en santé cardiovasculaire, ayant ainsi des répercussions sur tout le système de santé. La littérature a largement démontré que les interventions infirmières en clinique d'insuffisance cardiaque contribuent à améliorer la qualité de vie, à diminuer les taux d'hospitalisation et de réadmissions précoces ainsi que les signes et symptômes de l'insuffisance cardiaque congestive. L'infirmière sensibilise la personne à la prise en charge de sa maladie pour l'incorporation d'interventions systémiques familiales au plan thérapeutique de soins. Ces interventions auront pour objectif d'amener la personne à adopter des comportements de santé appropriés dans la gestion de sa maladie. L'enseignement a souvent pour effet d'aider la personne et sa famille à mieux comprendre le problème et donc, d'améliorer la motivation de ceux-ci et ainsi permettre le développement de mécanismes d'adaptation personnels dans l'adhérence au plan thérapeutique.

7.1 Phase 1

Infirmier-praticien ou infirmière-clinicienne du CHUS

Une revue des examens et analyses pertinentes est effectuée par l'IPS ou l'infirmière-clinicienne lors de la réception de la demande d'inscription à la clinique d'insuffisance cardiaque.

Rencontre d'une durée d'une heure avec le patient-famille qui se tiendra idéalement de 2 à 4 semaines à la suite d'une demande d'inscription à la clinique d'insuffisance cardiaque (selon liste d'attente).

Lors de cette rencontre, une collecte de données à l'aide de l'outil clinique (annexe 13) est effectuée afin d'obtenir des informations concernant les habitudes de vie, la situation familiale et les difficultés rencontrées.

Les buts et les raisons du suivi à une clinique d'insuffisance cardiaque sont alors expliqués.

Un examen physique, prise des signes vitaux et évaluation à l'aide du questionnaire de l'outil (Vision C+) sont documentés.

Les éléments suivants seront abordés lors de la première rencontre et seront repris à chacune des rencontres subséquentes :

Enseignement de base

L'utilisateur devrait acquérir des connaissances sur l'insuffisance cardiaque. L'enseignement portera, entre autres, sur l'importance de la prise en charge du suivi de la maladie par la modification des habitudes de vie, l'adoption de comportements de santé sains (limite hydrosodée, programme d'activités physiques adapté, gestion

du stress et contrôle du poids). De la documentation est remise au patient afin de l'aider à et comprendre toutes les facettes de la maladie, aidant ainsi à la gestion de la maladie (annexe 10). Il sera important d'évaluer le degré d'intérêt ou de motivation à faire des changements à l'aide du modèle de changement de comportement Prochaska (annexe 2).

De plus, il sera important d'enseigner l'importance du contrôle journalier du poids. Un livret pour inscrire son poids die sera remis à l'usager, indiquant également les raisons nécessitant un appel à la clinique (annexe 10). La surveillance quotidienne du poids est un élément essentiel de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et peut indiquer un début de décompensation de cette maladie. L'assiduité médicamenteuse sera évaluée afin d'initier les interventions appropriées relatives à ce comportement de santé. Une technique afin de contrôler la limite liquidienne à l'aide d'un pichet de la Société québécoise d'insuffisance cardiaque (SQIC) sera enseignée afin d'aider à la compliance du patient à sa limite liquidienne.

À tout moment lors de la rencontre, il sera important de vérifier la compréhension et d'amener l'usager à verbaliser ses préoccupations ou émotions. L'enseignement sera adapté aux besoins de la personne. L'enseignement décrit ci-dessus se fait en rencontre individuelle.

Le plan d'intervention est élaboré en collaboration avec l'usager et contiendra des éléments permettant :

- de fixer des objectifs quant au contrôle du poids, de la limite hydrosodée ainsi que l'assiduité médicamenteuse;
- de mobiliser les ressources communautaires nécessaires à l'amélioration de la qualité de vie du patient et sa famille;
- d'ajuster le plan pharmacologique sous les règles de soins selon la pertinence de la situation et l'accord médical;
- d'informer la personne sur la conduite à tenir en cas de détérioration et lui remettre les coordonnées de la clinique d'insuffisance cardiaque.

La collecte de données qui suit aidera l'infirmière à cerner les points pertinents à discuter avec l'usager insuffisant cardiaque.

Collecte de données

- Renseignements généraux sur le patient, incluant son milieu de vie, son occupation et son horaire de travail;
- Raisons de la cardiomyopathie;
- État de santé identifiant ses problèmes de santé et ses antécédents familiaux, ainsi que les facteurs à considérer;
- Médication détaillant la liste autant des médicaments prescrits ou non prescrits que les produits naturels utilisés;
- Paramètres cliniques : taille, poids, tour de taille. IMC : TA, fréquence cardiaque, taux de saturation (si approprié), résultats sanguins appropriés pour le suivi (ordonnance collective des laboratoires);

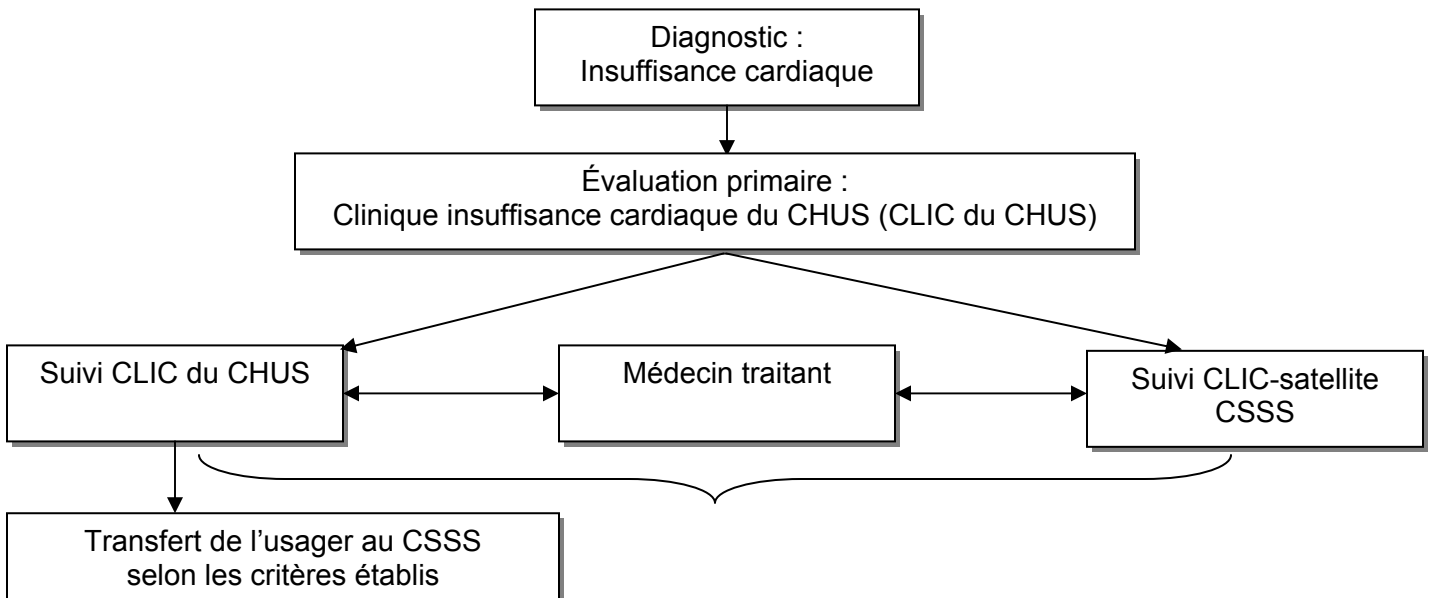
- Habitudes de vie :
 - alimentation : référence à la diététiste selon l'évaluation infirmière et le désir du patient;
 - activité physique : quel type d'activité, fréquence et durée; degré de motivation à améliorer sa condition physique, référence à la kinésiologue au besoin;
 - tabac : si fumeur (à détailler), degré de motivation à l'arrêt tabagique;
- Perception et adaptation :
 - plusieurs questions seront posées dans le but de connaître les réactions, les inquiétudes, les préoccupations, la perception de sa situation de santé ainsi que ses ressources personnelles afin d'orienter le mieux possible les interventions :
 - que sait la personne de son diagnostic;
 - que sait-elle de l'insuffisance cardiaque;
 - est-ce que l'usager et sa famille connaissent les buts et raisons du suivi à la clinique d'insuffisance cardiaque;
 - quelle est sa perception sur : les effets et la maladie, son estime de soi, son style de vie, son travail, ses loisirs, etc.; la réaction de ses proches; sa capacité à assumer son traitement;
 - comment la personne réagit-elle habituellement lors de situations stressantes? Quels moyens (stratégies de coping) la personne utilise-t-elle pour s'adapter dans de telles situations? (ex. : recherche d'informations, expression des sentiments, comportement d'évitement, etc.);
 - quelle est la phase d'adaptation actuelle : négation du problème, colère, marchandage, tristesse;
 - application du plan d'intervention à l'aide des modèles d'interventions (Prochaska, théorie motivationnelle). Qu'en est-il :
 - de l'observance de la médication et de la vérification de la liste des médicaments;
 - de l'adoption de meilleures habitudes de vie;
 - du contrôle du poids;
 - de la pratique d'activité physique;
 - du contrôle limite hydrosodée;
 - de la gestion du stress;
 - de la cessation du tabac;
 - renforcement des bonnes habitudes de vie; feed-back positif donné au patient pour féliciter et encourager les efforts fournis;
 - identification de l'étape de changement de comportement selon le modèle Prochaska; (annexe 2)
 - support à accorder au besoin si difficultés;
 - examen physique sommaire (OMI, jugulaires, auscultation pulmonaire);
 - vérification avant chaque visite si consultation d'autres professionnels, hospitalisation;
 - vérification et s'assurer des suivis des laboratoires selon la situation.

Plan d'intervention

- Refixer des objectifs avec l'utilisateur concernant le contrôle du poids, l'activité physique, la TA, le tabac, etc. si non atteints.

Recommandation à faire au besoin

Une note devra être envoyée au médecin traitant sur l'évaluation des rencontres avec l'utilisateur et sur le plan d'intervention initié par la personne, sous format papier venant du logiciel Vision C+ (logiciel de la SQIC).



7.2 Phase 2 – Infirmier praticien ou infirmière-clinicienne du CHUS

Visite de suivi aux 2 à 4 semaines à la clinique du CHUS selon l'évaluation effectuée lors de la première visite. Lors de cette visite, l'utilisateur rencontre l'IPS ou l'infirmière-clinicienne et/ou le cardiologue. On vise ici une optimisation complète des IECA et des bêtabloqueurs.

On procède alors à l'évaluation du suivi des analyses et du plan d'intervention élaboré lors de la première visite.

Les différents thèmes d'enseignement et de soutien sont abordés à chacune des rencontres (voir phase 1).

Ces rencontres ont pour but de poursuivre et de consolider le plan d'intervention infirmier à propos des divers comportements de santé importants dans la gestion de l'insuffisance cardiaque. Les thèmes suivants seront évalués à chaque rencontre de l'infirmière dans le but d'ajuster le plan d'intervention infirmier :

- assiduité médicamenteuse;
- contrôle du poids;
- restriction sodée;

- limite hydrique;
- pratique d'activités physiques adaptées;
- cessation d'alcool et tabagique;
- adoption de saines habitudes de vie.

Une revue de la documentation remise sera faite dans le but d'évaluer la compréhension du patient et de sa famille. Répondre aux questions et permettre la verbalisation des émotions et préoccupations est primordiale afin de diminuer l'anxiété du patient et ainsi permettre de trouver des stratégies d'adaptation personnelles aux diverses problématiques rencontrées à travers le continuum de la maladie chronique. Selon la littérature, le taux de dépression est nettement plus élevé chez l'insuffisant cardiaque que dans le reste de la population. Il importe, comme intervenant, d'être sensible à tous les signes et symptômes de dépression et de référer cette clientèle, au besoin, à un travailleur social ou autre professionnel requis.

Il est nécessaire que l'infirmière procède, à chacune des rencontres, à l'évaluation suivante :

- prise de TA, suivi de la TA en fonction des cibles visées;
- poids, symptômes d'insuffisance cardiaque (Vision C+) et classer l'utilisateur avec l'échelle NYHA;
- comment la personne réagit-elle habituellement lors de situations stressantes? Quels moyens (stratégies de coping) la personne utilise-t-elle pour s'adapter dans de telles situations? (ex. : recherche d'informations, expression des sentiments, comportement d'évitement, etc.)?
- quelle est la phase d'adaptation actuelle : négation du problème, colère, marchandage, tristesse?
- État émotif actuel :
 - l'état de santé, ou toute autre situation difficile, peut amener un deuil et susciter des émotions pouvant influencer le degré d'intérêt à apprendre ou à modifier les habitudes de vie. De plus, comme le taux de dépression est plus fréquent chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque que dans la population générale, l'infirmière devra être attentive à l'état psychologique du patient, accorder le support nécessaire et référer, au besoin, au médecin de famille;
 - La personne atteinte d'insuffisance cardiaque présente-t-elle des signes d'anxiété, de dépression, de diminution de l'attention, d'isolement, de négligence de sa personne? Quelles sont les préoccupations exprimées par la personne et sa famille? La personne vit-elle seule? Qui peut l'aider pour ses besoins physiques ou psychologiques? Quelle est l'attitude des proches concernant la situation présente?
 - désir d'apprendre et habileté à assumer son traitement. La personne est-elle motivée à apprendre? La personne ou un proche possède-t-il les habiletés nécessaires pour assumer le traitement (niveau de compréhension)?

7.3 Phase 3

Visite de suivi à chaque trois mois avec l'infirmière-clinicienne du CHUS ou du CSSS. Le médecin est aussi rencontré selon la condition de l'utilisateur.

Les sujets abordés lors des Phases 1 et 2 sont repris et le plan d'intervention est suivi et adapté aux besoins.

7.4 Phase 4

Rencontre l'infirmière et le médecin selon les lignes directrices ou selon l'évolution clinique de l'utilisateur, de ses besoins et ceux de sa famille.

Insuffisance cardiaque : trajectoire de soins et services et cheminement clinique

Infirmier clinicien/praticien du CHUS	Médecin cardiologue
Phase 1	
<p>Selon la gestion d'une liste d'attente (idéalement 2 à 4 semaines post-hospitalisation)</p> <p>Évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • collecte de données et signes vitaux • revue des analyses sanguines • relevé des habitudes de vie • étapes de changement de comportement (Prochaska) • examen physique <p>Enseignement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • buts de la clinique d'insuffisance cardiaque • physiopathologie insuffisance cardiaque • facteurs prédisposants • sommaire du traitement • importance de la prise en charge des habitudes de vie <p>Discuter des préoccupations de l'utilisateur et de sa famille</p> <p>Élaboration d'un plan d'intervention :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pharmacologie par adoption des règles de soins 2. infirmier 3. mobilisation ressources communautaires au besoin 	<p>Selon la gestion d'une liste d'attente (idéalement 2 à 4 semaines post-hospitalisation)</p> <p>Évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen physique • impressions diagnostiques • plan d'intervention : orienter le traitement • ajustement pharmacologique • discussion des lignes directrices du traitement d'insuffisance cardiaque • discussion d'un consentement éclairé à diverses interventions nécessaires et recensées par la littérature, tel que défibrillateurs/resynchronisateur selon l'histoire clinique
Phase 2	
<p>Évaluation au CHUS aux 2 à 4 semaines jusqu'à optimisation complète des IECA et des Bêtabloqueurs</p> <p>Évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • suivi de collecte de données • application du plan d'intervention <ul style="list-style-type: none"> • assiduité médicale • adoption de meilleures habitudes de vie • pratique d'activité physique • gestion du stress • contrôle du poids • cessation du tabac • Application de la restriction hydrosodée • optimisation du plan pharmacologique 	<p>Évaluation par le cardiologue en vue d'une décision ou pas d'un transfert de suivi au CSSS</p> <p>Évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen physique • impressions diagnostiques • plan d'intervention : orienter le traitement • ajustement pharmacologique • discussion des lignes directrices du traitement d'insuffisance cardiaque • discussion d'un consentement éclairé à diverses interventions nécessaires et recensées par la littérature, tel que défibrillateurs/resynchronisateur selon l'histoire clinique

Infirmier clinicien/praticien du CHUS	Médecin cardiologue
<ul style="list-style-type: none"> renforcement des bonnes habitudes de vie étape de changements de comportement (Prochaska) Si possible, transfert vers le CSSS 	
Infirmière du CHUS ou en CSSS	Médecin traitant
Phase 3	
Suivi chaque trois mois	Selon condition de l'usager
Évaluation <ul style="list-style-type: none"> suivi de collecte de données, examen clinique suivi des données de laboratoire selon ordonnance collective (annexes 3 à 9)¹ poursuite et adaptation du plan d'intervention <ul style="list-style-type: none"> assiduité au traitement adoption de meilleures habitudes de vie pratique d'activités physiques gestion du stress contrôle du poids cessation du tabac application de la restriction hydrosodée renforcement des bonnes habitudes de vie étape de changements de comportement (Prochaska) test de marche 6 min en évaluation de la fréquence cardiaque initialement Support Ajustement du plan d'interventions et recommandations	Évaluation <ul style="list-style-type: none"> collecte des données optimisation de la pharmacologie revue des résultats des analyses sanguines pertinentes solutions réalistes aux lacunes et problématiques mises en évidence promotion de la santé impressions diagnostiques
Phase 4	
Rencontre infirmière et médecin selon les lignes directrices ou selon l'évolution clinique de l'usager, de ses besoins et de ceux de sa famille	

En tout temps, il peut y avoir référence à un autre professionnel tel qu'un intervenant psychosocial, un kinésiologue ou une nutritionniste selon les disponibilités de ces ressources.

À la clinique du CHUS, lorsque le médecin juge pertinent de transférer l'usager dans la clinique satellite d'insuffisance cardiaque de sa localité, l'usager peut recevoir son transfert.

Par contre, à la clinique satellite, si la situation de l'usager se détériore ou si l'environnement clinique change, il y aura transfert vers le CHUS selon les modalités convenues

Vous trouverez, en annexe 14, les différents parcours des clients et cheminements de demande selon la situation.

¹ Les annexes 3 à 9 sont à titre d'exemple et doivent être adoptées par le CMDP de chacun des centres.

Références

ARNOLD, J.M.O., LIU, P., DEMERS, C. et coll. (2006). *Recommandations de la Conférences consensuelle de la Société canadienne en cardiologie 2006 sur l'insuffisance cardiaque : Diagnostic en prise en charge*. 22 (1) Journal canadien de cardiologie, pages 22-35.

ARNOLD, J.M.O., HOWLETT, J.G., DORIAN, P. et coll. (2007). *Mise à jour des recommandations issues de la Conférence de 2007 de la Société canadienne de cardiologie pour un consensus sur l'insuffisance cardiaque : Prévention, prise en charge lors de maladie intercurrente ou de décompensation aiguë et utilisation des biomarqueurs*, 23 (1), Journal canadien de cardiologie, pages 21-45.

LEVASSEUR, E. (2005). *L'entretien motivationnel pour préparer le changement*. Mémoire de maîtrise, Université de Caen, Basse Normandie, page 8.

PROCHASKA, J., NORDOSS, J et DICLEMENTIE, C. (1995). *Changing for good. A revolutionary program for overcoming bad habits and moving your life positive forward*. Harper Collins books, pages 202-289.

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE (2006). *Mieux vivre avec l'insuffisance cardiaque*. Éditions Ressources, 139 pages.



ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire de demande d'inscription à la clinique d'insuffisance cardiaque



B A 0 0 2

Demande d'inscription à la Clinique d'insuffisance cardiaque

Date : ____ / ____ / ____
année mois jour heure

Critères d'admission

- A. Le patient doit avoir un diagnostic d'insuffisance cardiaque avec FEVG < 40% ou avoir nécessité une hospitalisation pour insuffisance cardiaque avec surcharge volémique pulmonaire ou systémique si la FEVG est plus de 40 %;
- B. Le patient doit accepter de participer au programme;
- C. L'investigation de l'étiologie de l'insuffisance cardiaque doit être complétée et ne pas nécessiter de traitement invasif (autre l'implantation potentielle future d'un défibrillateur ou resynchronisateur);
- D. Le patient doit être référé par un médecin et accepté par un cardiologue de l'équipe de la clinique d'insuffisance cardiaque.

Étiologie de la maladie :

FEVG : _____

Classe fonctionnelle de la NYHA¹ : _____

Règles de soins pouvant être appliquées en attente de la première visite médicale à la clinique

Ordonnance collective pour optimisation des bêta-bloqueurs CLIN-IC-01
 Nom du Bêta-bloqueur prescrit : _____

 Signature du médecin

Ordonnance collective pour optimisation des IECA CLIN-IC-02
 Nom de l'IECA prescrit : _____

 Signature du médecin

La demande doit être envoyée à la clinique d'insuffisance cardiaque par télécopieur au : 819-822-6723

Référé par : _____
 Signature du médecin référant Nom en caractère d'imprimerie Date

Accepté par : _____
 Signature du cardiologue Nom en caractère d'imprimerie Date

Refusé par : _____
 Signature du cardiologue Nom en caractère d'imprimerie Date

Raison du refus : _____

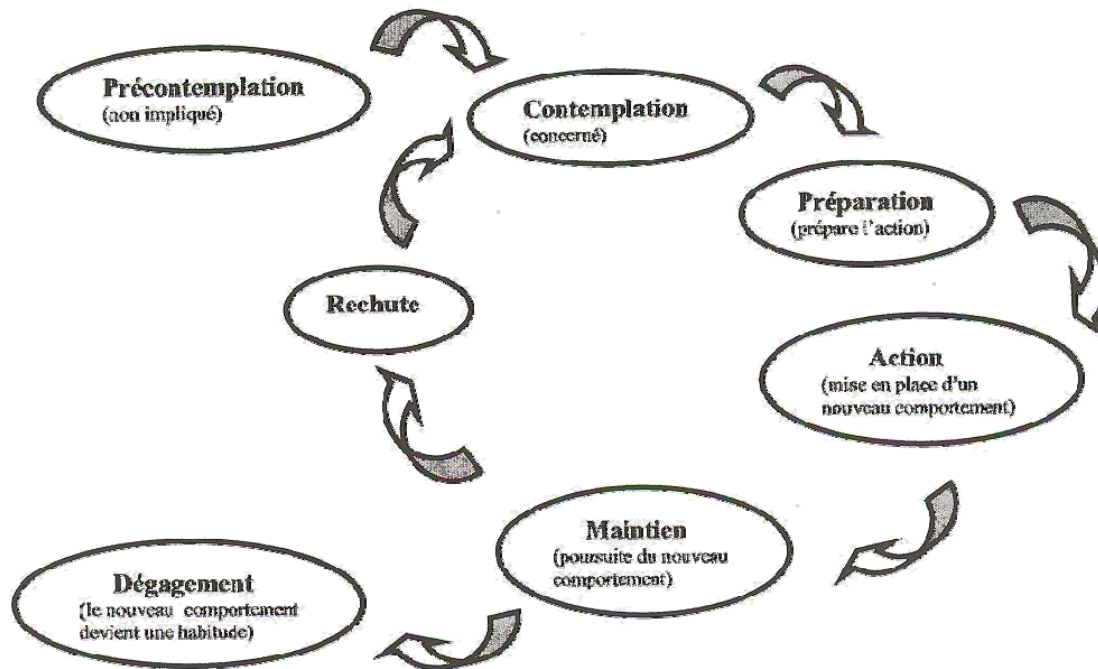
¹ New-York Heart Association
1-6-70028
2010-06

À RETOURNER À LA CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE
HÔTEL-DIEU

Annexe 2 : Modèle de Prochaska

Le Modèle de Prochaska est un modèle de stades de préparation au changement.

Prochaska nous propose une spirale du changement qui nous indique les différentes phases où l'individu se situe. Pour chacune des phases, il propose des interventions d'enseignement et de soutien adaptées.



Ces étapes sont les suivantes :

1. La précontemplation :

- ne comprend pas la nécessité de changer;
- ne voit pas de problème;
- n'a pas l'intention de changer dans un avenir rapproché;
- résistance au changement.

Les comportements observables :

- ne veut pas changer de comportement;
- déni ou évitement du sujet;
- ne comprend pas pourquoi il doit changer.

Les interventions :

C'est l'étape du « ne pas » :

- ne pas harceler;
- ne pas critiquer;
- ne pas laisser tomber le patient.

Axer les interventions sur la prise de conscience du problème et l'évaluation environnementale du patient.

2. La contemplation :

- Reconnaissance des comportements problématiques;
- Période de questionnement;
- De changer un comportement, amis pas encore prêt.

Les comportements observables :

La personne peut ressentir de la peur, de l'anxiété, de l'ambivalence.

Grâce aux interventions, on pourrait observer une intention de changer, une ouverture aux conseils et des gestes concrets chez le patient.

Les interventions à privilégier :

- renforcement de la compréhension du patient sur la nécessité de changer;
- enseignement des compétences nécessaires pour faire ces changements;
- aider la personne à prendre conscience du problème;
- inciter la personne à faire sa propre réévaluation (auto-réévaluation). Permet à la personne de s'apercevoir que ses valeurs essentielles ont un conflit avec son comportement problématique.

3. La préparation :

- L'individu considère sérieusement changer un comportement d'ici 1 mois;
- Commence à anticiper certains changements;
- Recueille activement des outils et des ressources.

Les instructions :

- connaître la perception de l'individu;
- augmenter son niveau de connaissance sur le comportement à changer;
- évaluer ses pratiques d'action;
- encourager les petites étapes initiales. Valoriser les décisions et proposer un essai, si besoin;
- évaluer l'implantation des autres personnes qui vivent avec le patient.

4. L'action :

- L'individu modifie des habitudes ou son environnement;
- Envisage de prendre des mesures concrètes pour changer;
- Peut essayer le comportement;
- Les sujets sont prêts à apprendre;
- Durée : environ 6 mois.

Les comportements observables :

- Le comportement est adopté, mais pas de façon permanente : en processus de changement et en essai.

Les instructions à privilégier :

- renforcement positif;
- contrôle des stimuli
- réseaux de support : professionnels, amis, membres de la famille, etc.
- remplacer un comportement indésirable par un comportement sain.

5. Le maintien :

- L'individu maintient ses nouvelles habitudes de vie. Cette étape se poursuit jusqu'à six mois.

Les comportements observables :

- tendance à oublier les efforts fournis pour arriver à un changement.

Les interventions à privilégier :

- faire du renforcement, encourager et féliciter;
- Cette étape demande :
 - de guider à distance la tentation;
 - créer un nouveau mode de vie.

La rechute est toujours possible et peut se situer à n'importe quelle étape. Si l'individu rechute, il recommence un nouveau cycle. Il peut à ce moment considérer la situation comme un échec. Il est alors important que la personne intervenante pivot le revoie et l'aide à prendre conscience des changements qu'il a réussi à faire et aussi que celui-ci analyse sa rechute : quel événement l'a provoquée? Que fera-t-il la prochaine fois s'il revit la même situation?

Selon cette théorie :

- les phases de changements sont similaires, qu'on ait affaire à un problème de dépendance (assuétude), de détresse psychique ou de mauvaises alimentation ou autres. Il est essentiel que les participants et participantes, ainsi que le personnel professionnel, comprennent les phases de modification du comportement;
- les interventions et stratégies dont disposent ceux qui sont dans un processus de changement doivent être adaptées à la phase où ils se trouvent (par exemple, il est inutile de fournir à un fumeur une information détaillée sur les moyens de s'adapter quand il aura cessé de fumer s'il n'a pas encore pris conscience de l'impact de son comportement sur sa santé);
- les interventions devraient offrir plusieurs options dont l'entraide, des stratégies individuelles et de groupe, ainsi que des actions au niveau de l'environnement et des politiques.

Les intervenants et intervenantes évalueront le degré de préparation au changement des participants et participantes, ce qui les aidera à choisir l'approche utile pour les faire évoluer dans le processus.

La compréhension de différentes étapes de changement vécu nous aidera, par conséquent, à définir les modalités d'intervention comme : la formation des groupes, le contenu des enseignements, la fréquence des rencontres, la nature des suivis, etc.

Selon le modèle, la quantité d'information transmise et les changements qui en découlent sont en fonction de leur engagement et de leur niveau de motivation.

Annexe 3 : Ordonnance collective : Effectuer une surveillance de la prise d'un antagoniste de l'aldostérone chez une personne suivie à la clinique d'insuffisance cardiaque par la réalisation de bilans sanguins

ORDONNANCE COLLECTIVE
ORD-CMDP-58

EFFECTUER UNE SURVEILLANCE DE LA PRISE D'UN ANTAGONISTE DE L'ALDOSTÉRON CHEZ UNE PERSONNE SUIVIE À LA CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE PAR LA RÉALISATION DE BILANS SANGUINS

ÉMETTEUR :	Présidente du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		
APPROUVÉ PAR :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :	2011/04/19	DATE DE RÉVISION PRÉVUE :	2012
DATE DE RÉVISION :			
CODE DE CLASSIFICATION :	ADM-316-06		
ORIGINAL SIGNÉ PAR :	Paule Hottin, présidente du CMDP		

CETTE ORDONNANCE COLLECTIVE REMPLACE LE NUMÉRO ÉMIS LE
--

ORDONNANCES COLLECTIVES

Une ordonnance collective est une ordonnance établie par règlement du CMDP à l'effet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements sans attendre d'ordonnance médicale individuelle chez les bénéficiaires de catégories déterminées dans cette ordonnance et le cas échéant, selon le protocole ou la méthode de soins desquels elle relève. L'ordonnance collective ne s'applique pas si elle entre en contradiction avec une ordonnance individuelle.

PERSONNES HABILITÉES À EXÉCUTER L'ORDONNANCE

Infirmières cliniciennes habilitées qui possèdent les connaissances, les compétences et ayant reçu la formation nécessaire pour le suivi de la clientèle de la clinique d'insuffisance cardiaque.

Activités réservées de l'infirmière :

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
2. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.

GROUPES DE PERSONNES OU SITUATION CLINIQUE VISÉE PAR L'ORDONNANCE

Toute personne suivie à la clinique d'insuffisance cardiaque prenant un antagoniste de l'aldostérone

INDICATIONS

- ▶ Éviter une détérioration de la fonction rénale
- ▶ Éviter une arythmie maligne/bradyasystolie secondaire à une hyperkaliémie

CONTRE-INDICATIONS

Aucune

PROCÉDURE

1) L'infirmière complète une requête de laboratoire en indiquant qu'une copie du résultat doit être acheminée au médecin traitant. En général, le md traitant est le médecin de famille. Pour certaines personnes sans md de famille, le md traitant pourra être un cardiologue ou un interniste.

- ▶ Effectuer les bilans sériques suivants : Créatinine, K, urée, Na une fois par mois pendant 3 mois lors du suivi d'une nouvelle personne sous cette médication et chaque 3 mois par la suite
- ▶ Lors de l'introduction de la médication ou de modification de la dose le faire chaque 2 semaines x 2 puis chaque 4 semaines x 2 puis aux 3 mois.

2) Suivi des résultats

a) Potassium (Normales 3,5 et 5,1 mmol/L):

- ▶ Une valeur de kaliémie entre 5,2 et 5,5 mmol/l devra être recontrôlée dans les 7 jours. Un appel téléphonique devra être fait à la personne pour évaluer la teneur potassique de son alimentation et faire les recommandations appropriées afin de réduire cet apport.
- ▶ Une valeur de kaliémie entre 5,6 et 5,9 mmol/l nécessite d'être recontrôlée dans les 7 jours. De plus, un appel doit être fait au médecin traitant le jour même pour discuter d'un ajustement au plan pharmacologique du patient. En cas d'impossibilité de rejoindre le md traitant, l'infirmière contacte la Clinique du CHUS selon les modalités convenues.
- ▶ Une valeur de kaliémie de plus de 6,0 mmol/l nécessite généralement une visite médicale (souvent à l'urgence). Le médecin traitant doit être avisé le jour même afin de déterminer la conduite à suivre. Si le médecin ou son remplaçant ne peuvent être rejoints, l'infirmière recommande à la personne de se rendre à l'urgence.

b) Créatinine (Normales 58-110 umol/L) :

- ▶ Une hausse de la créatinine de la valeur de base de la personne entre 15 et 30 % demande un suivi téléphonique pour s'assurer qu'il n'a pas une nouvelle condition pathologique pouvant détériorer la fonction rénale (diarrhée de novo, diminution de l'hydratation ou de l'appétit depuis les dernières semaines, symptômes d'hypotension, modification de la pharmacothérapie, etc).
 - L'infirmière devra aviser le médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours selon la pertinence des informations recueillies pour effectuer un ajustement du plan thérapeutique au besoin.
 - Un contrôle devra s'effectuer dans les 7 jours qui suivent.

- ▶ Une hausse de plus de 30% de la valeur de créatinine de base de la personne devra être signalée au médecin traitant le jour même afin de déterminer la conduite à suivre. Si le médecin traitant ou son remplaçant ne peuvent être rejoints, l'infirmière communique avec la Clinique du CHUS selon les modalités convenues.

c) Urée (normales 3,2-7,6 mmol/L)

- ▶ L'augmentation de l'urée peut s'expliquer par une insuffisance hépatique ou encore une détérioration de la fonction rénale (cause principale en insuffisance cardiaque). Elle est fréquemment le résultat d'une déshydratation.
- ▶ Une augmentation de l'urée de 30% par rapport à la valeur de base de la personne demandera un appel téléphonique pour rechercher une cause de déshydratation ou une autre modification de son état et nécessitera un contrôle sérique dans les sept jours suivants. En cas de doute sur la conduite à tenir, l'infirmière doit contacter le médecin traitant.
- ▶ Une augmentation de l'urée de 40% par rapport à la valeur de base de la personne demandera un appel téléphonique pour rechercher une cause de déshydratation ou une autre modification de son état suivi d'un appel au médecin traitant pour convenir de la conduite à tenir.

d) Sodium (Normales 135 et 145 mmol/L) :

- ▶ Une valeur supérieure à 145 soulève la possibilité d'une hémococoncentration et nécessite un appel de l'infirmière à la personne pour rechercher une déshydratation (coups de soleil, diarrhées, diminution d'hydratation...). L'hypernatrémie accompagne parfois une insuffisance cardiaque sévère. Il est important d'évaluer la personne avec un suivi téléphonique. Un appel au médecin référant dans un délai maximal de 3 jours est nécessaire après l'évaluation de l'infirmière.
- ▶ Une hyponatrémie entre 130 et 135 peut également témoigner d'insuffisance cardiaque décompensée. Un suivi téléphonique sera nécessaire avec appel au médecin référant dans un délai maximal de 3 jours à la suite de l'évaluation de l'infirmière clinicienne.
- ▶ Une hyponatrémie inférieure à 130 mmol/l nécessite généralement une évaluation médicale dans le 24 heures, surtout si la diminution a été rapide. Le médecin traitant doit être avisé le jour même.

Rédigé par : Jean-Dominic Rioux, Infirmier praticien spécialisé en cardiologie, CHUS

Dr Paul Farand, cardiologue, CHUS

Dr Suzanne Gosselin, DSPPM, CSSS-IUGS

Julie Bissonnette, pharmacienne, CSSS-IUGS

ANNEXES :	
MOTS CLÉS :	ANTAGONISTES DE L'ALDOSTÉRONÉ, ORDONNANCES COLLECTIVES, INSUFFISANCE CARDIAQUE, CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE, ORDONNANCES COLLECTIVES, BILANS SANGUINS
DIFFUSÉ À :	DSPPM-MÉDECINS, DIRECTRICE DSGPSA, CHEF D'ADMINISTRATION DE PROGRAMME DSGPSA, DSGPSA PROGRAMME DES MALADIES CHRONIQUES, DSI TOUS

Chemin d'accès : Document\DSPPM\Documents administratifs\Ordonnances collectives CSSS-IUGS\ORD-CMDP-58.doc

Annexe 4 : Ordonnance collective : Effectuer une surveillance des bilans sanguins en lien avec la prise d'une statine chez les patients coronariens suivis à la clinique d'insuffisance cardiaque

Version 16 avril 2011

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke

ORDONNANCE COLLECTIVE

INF-

EFFECTUER UNE SURVEILLANCE DE LA PRISE DE STATINE PAR LA RÉALISATION DE BILANS SANGUINS AU PROGRAMME DES MALADIES CHRONIQUES OU EN GMF

ÉMETTEUR :			
APPROUVÉ PAR :			
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :		DATE DE RÉVISION PRÉVUE :	
DATE DE RÉVISION :			
CODE DE CLASSIFICATION :	ADM-316-06		
ORIGINAL SIGNÉ PAR :			

CETTE ORDONNANCE COLLECTIVE REMPLACE LE NUMÉRO ÉMIS LE

ORDONNANCES COLLECTIVES

Une ordonnance collective est une ordonnance établie par règlement du CMDP à l'effet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements sans attendre d'ordonnance médicale individuelle chez les bénéficiaires de catégories déterminées dans cette ordonnance et le cas échéant, selon le protocole ou la méthode de soins desquels elle relève. L'ordonnance collective ne s'applique pas si elle entre en contradiction avec une ordonnance individuelle.

PERSONNES HABILITÉES À EXÉCUTER L'ORDONNANCE

Infirmières cliniciennes habilitées qui possèdent les connaissances, les compétences et ayant reçu la formation nécessaire pour le suivi de la clientèle du programme des maladies chroniques.

Infirmières des GMF de Sherbrooke.

Activités réservées de l'infirmière :

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
2. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance

GROUPES DE PERSONNES OU SITUATION CLINIQUE VISÉE PAR L'ORDONNANCE

Toute personne suivie à la clinique d'insuffisance cardiaque prenant une statine.

INDICATIONS

- ▶ Assurer l'atteinte de la cible de LDL visée selon les recommandations canadiennes
- ▶ Éviter une toxicité hépatique ou une rhabdomyolyse secondaire aux statines

CONTRE-INDICATIONS

Aucune.

PROCÉDURE

1) L'infirmière complète une requête de laboratoire en indiquant qu'une copie du résultat doit être acheminée au médecin traitant. En général, le md traitant est le médecin de famille. Pour certaines personnes sans md de famille, le md traitant pourra être un cardiologue ou un interniste.

a) Patient stable sans ajustement de la dose :

- ▶ Effectuer les bilans sériques suivants : Cholestérol total, LDL, HDL, triglycérides, ALT, AST, CK tous les 6 mois

b) Personne chez qui une statine vient d'être débutée ou lors d'un ajustement de la dose:

- ▶ Effectuer les bilans sériques suivants : Cholestérol total, LDL, HDL, triglycérides, ALT, AST, CK 3 mois après le début ou le changement de dose.

2) Suivi des résultats

a) LDL :

- ▶ Selon les recommandations canadiennes, un LDL inférieur à 2.0 mmol/l est recommandé chez les personnes souffrant d'une cardiomyopathie ischémique. Une valeur plus élevée lors du bilan devra être rapportée au médecin traitant dans un délai maximal de deux semaines afin qu'il évalue la pertinence de changer le plan pharmacologique.

b) ALT (Normales 21-72 UI/L)/AST (Normales 0-40 UI/L) :

- ▶ Une valeur supérieure à trois fois la normale nécessite une investigation et le médecin traitant devra être avisé dans un délai maximal de 3 jours pour évaluer le plan pharmacologique de la personne.
- ▶ Une hausse inférieure à trois fois la normale devra nécessiter un suivi avec contrôle 1 mois plus tard. Si persistance d'une élévation, le md traitant doit être avisé dans un délai maximal de 3 jours

c) CK (Normales 0-170 UI/L) :

- ▶ En présence d'une valeur supérieure à cinq fois la normale, le médecin traitant devra être avisé dans un délai maximal de 3 jours pour évaluer le plan pharmacologique de la personne ainsi que la pertinence ou non d'une investigation complémentaire.

- ▶ En présence d'une hausse entre deux à cinq fois la normale un contrôle du bilan 3 mois plus tard. Le md traitant doit être avisé dans un délai maximal de 1 semaine.
- ▶ Une hausse inférieure à deux fois la normale devra nécessiter un suivi avec contrôle 3 mois plus tard. Si persistance d'une élévation, le md traitant doit être avisé dans un délai maximal de 2 semaines.
- ▶ En cas de suspicion de myalgies sous statine, un contrôle des CK doit être fait.

Rédigé par : Jean-Dominic Rioux, Infirmier praticien spécialisé en cardiologie, CHUS
 Dr Paul Farand, cardiologue, CHUS
 Dr Suzanne Gosselin, DSPPM, CSSS-IUGS

ANNEXES :	
MOTS CLÉS :	INSUFFISANCE CARDIAQUE, CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE, ORDONNANCES COLLECIVES, BILANS SANGUINS, STATINES, CHOLESTÉROL, LIPIDES
DIFFUSÉ À :	DSPPM, DIRECTRICE, DSGPSA, CHEF D'ADMINISTRATION DE PROGRAMME, DSGPSA, ASI PROGRAMME DES MALADIES CHRONIQUES, DSI TOUS, CHEF D'ADMINISTRATION DE PROGRAMME GMF

Chemin d'accès :

Annexe 5 : Ordonnance collective : Effectuer une surveillance des bilans sanguins en lien avec la prise d'un diurétique de l'anse/thiazidique chez les patients coronariens suivis à la clinique d'insuffisance cardiaque

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke

ORDONNANCE COLLECTIVE
ORD-CMDP-60

EFFECTUER UNE SURVEILLANCE DE LA PRISE D'UN DIURÉTIQUE DE L'ANSE OU D'UN THIAZIDE CHEZ UNE PERSONNE SUIVIE À LA CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE PAR LA RÉALISATION DE BILANS SANGUINS

ÉMETTEUR :	Présidente du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		
APPROUVÉ PAR :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :	2011/04/19	DATE DE RÉVISION PRÉVUE :	2012
DATE DE RÉVISION :			
CODE DE CLASSIFICATION :	ADM-316-06		
ORIGINAL SIGNÉ PAR :	Paule Hottin, présidente du CMDP		

CETTE ORDONNANCE COLLECTIVE REMPLACE LE NUMÉRO ÉMIS LE
--

ORDONNANCES COLLECTIVES

Une ordonnance collective est une ordonnance établie par règlement du CMDP à l'effet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements sans attendre d'ordonnance médicale individuelle chez les bénéficiaires de catégories déterminées dans cette ordonnance et le cas échéant, selon le protocole ou la méthode de soins desquels elle relève. L'ordonnance collective ne s'applique pas si elle entre en contradiction avec une ordonnance individuelle.

PERSONNES HABILITÉES À EXÉCUTER L'ORDONNANCE

Infirmières cliniciennes habilitées qui possèdent les connaissances, les compétences et ayant reçu la formation nécessaire pour le suivi de la clientèle de la clinique d'insuffisance cardiaque.

Activités réservées de l'infirmière :

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
2. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.

GROUPES DE PERSONNES OU SITUATION CLINIQUE VISÉE PAR L'ORDONNANCE

Toute personne suivie à la clinique d'insuffisance cardiaque prenant un diurétique.

INDICATIONS

Éviter une détérioration de la fonction rénale ou un désordre électrolytique.

CONTRE-INDICATIONS

Aucune

PROCÉDURE

1) L'infirmière complète une requête de laboratoire en indiquant qu'une copie du résultat doit être acheminée au médecin traitant. En général, le md traitant est le médecin de famille. Pour certaines personnes sans md de famille, le md traitant pourra être un cardiologue ou un interniste.

a) Personne stable sans ajustement de dose :

- ▶ Effectuer les bilans sériques suivants : Urée, créatinine, K, Na chaque 3 mois

b) Personne chez qui le médicament vient d'être débuté ou lors d'une augmentation de la dose :

- ▶ Effectuer les bilans sériques suivants: Créatinine, urée, Na, K, 7 à 10 jours après le début ou l'augmentation de dose.
- ▶ Si la personne présente de novo des symptômes d'hypotension ou une hypotension orthostatique documentée par la prise de la TA couché/debout associée à la prise d'un diurétique de l'anse ou d'un thiazide, l'infirmière doit aviser le médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours afin d'éviter un risque de chute ou une détérioration de la condition de la personne.

2) Suivi des résultats

a) Sodium (Normales 135 et 145 mmol/L) :

- ▶ Une valeur supérieure à 145 soulève la possibilité d'une hémococoncentration et nécessite un appel de l'infirmière à la personne pour rechercher une déshydratation (coup de soleil, diarrhées, diminution d'hydratation...). L'hypernatrémie accompagne parfois une insuffisance cardiaque sévère. Il est important d'évaluer la personne avec un suivi téléphonique. Un appel au médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours est nécessaire après l'évaluation de l'infirmière.
- ▶ Une hyponatrémie entre 130 et 135 peut également témoigner d'insuffisance cardiaque décompensée. Un suivi téléphonique sera nécessaire avec appel au médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours à la suite de l'évaluation de l'infirmière clinicienne.
- ▶ Une hyponatrémie inférieure à 130 mmol/l nécessite généralement une évaluation médicale dans le 24 heures, surtout si la diminution a été rapide. Le médecin traitant doit être avisé le jour même.

b) Potassium (Normales 3,5 et 5,1 mmol/L):

- ▶ Une valeur de kaliémie inférieure à 3,5 mmol/l nécessitera possiblement une intervention pharmacologique de remplacement potassique. Un appel au médecin traitant est nécessaire dans un délai maximal de 3 jours. Une valeur de kaliémie inférieure à 3,0 mmol/l nécessitera un appel au médecin traitant le jour même. Si la personne prend également de la digoxine, une kaliémie supérieure à 4,0 mmol/l est souhaitable pour diminuer le risque d'arythmie. Une kaliémie supérieure à 5,2 mmol/l nécessite généralement d'aviser le médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours, sauf si la situation est prise en charge par une autre règle de soins.

c) Créatinine (Normales 58-110 umol/L) :

- ▶ Une hausse de la créatinine de 15 à 30% par rapport à la valeur de base de la personne demande un suivi téléphonique pour s'assurer qu'elle n'a pas une nouvelle condition pathologique pouvant détériorer la fonction rénale (diarrhée de novo, diminution de l'hydratation ou de l'appétit depuis les dernières semaines, signes et symptômes d'hypotension, etc).
 - Un changement dans la pharmacothérapie de la personne est également à suspecter.
 - L'infirmière devra aviser le médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours selon la pertinence des informations recueillies pour effectuer un ajustement du plan thérapeutique au besoin.
 - Un contrôle devra s'effectuer dans les 7 jours qui suivent.
- ▶ Une hausse de plus de 30% et plus par rapport à la valeur de base de la personne devra être signalée au médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours. Un ajustement dans le plan thérapeutique et une visite médicale à la clinique d'insuffisance cardiaque devront être planifiées par l'infirmière.

d) Urée (Normales 3,2-7,6 mmol/L)

- ▶ L'augmentation de l'urée peut s'expliquer par une insuffisance hépatique ou encore une détérioration de la fonction rénale (cause principale en insuffisance cardiaque). Elle est le résultat d'une déshydratation le plus souvent.
- ▶ Une augmentation de l'urée de 30 à 39% par rapport à la valeur de base de la personne demandera un appel téléphonique pour rechercher une cause de déshydratation ou toute autre modification de son état de santé et nécessitera un contrôle sérique dans les 7 jours suivants. En cas de doute sur la conduite à tenir, l'infirmière doit contacter le médecin traitant.
- ▶ Une augmentation de l'urée de 40% et plus par rapport à la valeur de base de la personne demandera un appel téléphonique ainsi qu'un appel au médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours pour réévaluer le traitement pharmacologique en cours.

Rédigé par : Jean-Dominic Rioux, Infirmier praticien spécialisé en cardiologie, CHUS

Dr Paul Farand, cardiologue, CHUS

Dr Suzanne Gosselin, DSPPM, CSSS-IUGS

Julie Bissonette, Pharmacienne, CSSS-IUGS

ANNEXES :	
MOTS CLÉS :	INSUFFISANCE CARDIAQUE, DIURÉTIQUES, FUROSÉMIDE, HYDROCHOROTHAZIDE, ORDONNANCES COLLECTIVES, BILANS SANGUINS, CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE
DIFFUSÉ À :	DSPPM-MÉDECINS, DIRECTRICE DSGPSA, CHEF D'ADMINISTRATION DE PROGRAMME DSGPSA, DSGPSA PROGRAMME DES MALADIES CHRONIQUES, DSI TOUS

Chemin d'accès : Document\DSPPM\Documents administratifs\Ordonnances collectives CSSS-IUGS\ORD-CMDP-60.doc

Annexe 6 : Ordonnance collective : Effectuer une surveillance des bilans sanguins en lien avec la prise d'un IECA/ARA chez les patients coronariens suivis à la clinique d'insuffisance cardiaque

Version 16 avril 2011

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke

ORDONNANCE COLLECTIVE

INF-

EFFECTUER UNE SURVEILLANCE DE LA PRISE D'UN INHIBITEUR DE L'ENZYME DE CONVERSION (IECA) OU D'UN ANTAGONISTE DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE (ARA) CHEZ UNE PERSONNE SUIVIE À LA CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE PAR LA RÉALISATION DE BILANS SANGUINS.

ÉMETTEUR :			
APPROUVÉ PAR :			
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :		DATE DE RÉVISION PRÉVUE :	
DATE DE RÉVISION :			
CODE DE CLASSIFICATION :	ADM-316-06		
ORIGINAL SIGNÉ PAR :			

CETTE ORDONNANCE COLLECTIVE REMPLACE LE NUMÉRO ÉMIS LE

ORDONNANCES COLLECTIVES

Une ordonnance collective est une ordonnance établie par règlement du CMDP à l'effet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements sans attendre d'ordonnance médicale individuelle chez les bénéficiaires de catégories déterminées dans cette ordonnance et le cas échéant, selon le protocole ou la méthode de soins desquels elle relève. L'ordonnance collective ne s'applique pas si elle entre en contradiction avec une ordonnance individuelle.

PERSONNES HABILITÉES À EXÉCUTER L'ORDONNANCE

Infirmières cliniciennes habilitées qui possèdent les connaissances, les compétences et ayant reçu la formation nécessaire pour le suivi de la clientèle de la clinique d'insuffisance cardiaque.

Activités réservées de l'infirmière :

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
2. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.

GROUPES DE PERSONNES OU SITUATION CLINIQUE VISÉE PAR L'ORDONNANCE

Toute personne suivie à la clinique d'insuffisance cardiaque et prenant un IECA ou un ARA.

INDICATIONS

Éviter une détérioration de la fonction rénale ou un désordre électrolytique sous traitement pharmacologique avec un IECA ou un ARA

CONTRE-INDICATIONS

Aucune

PROCÉDURE

1) L'infirmière effectue complète une requête de laboratoire en indiquant qu'une copie doit être acheminée au médecin traitant. En général, le md traitant est le médecin de famille. Pour certaines personnes sans md de famille, le md traitant pourra être un cardiologue ou un interniste.

a) Personne stable sans ajustement de dose :

- ▶ Effectuer les bilans sériques suivant : Créatinine, Na, K chaque 3 mois

b) Personne chez qui le médicament vient d'être débuté ou lors d'une augmentation de la dose:

- ▶ Effectuer les bilans sériques suivants : Créatinine, Na, K 1 semaine après le début ou l'augmentation de la dose

Si la personne présente une toux sèche suite à l'instauration d'un traitement avec IECA, l'infirmière clinicienne devra informer le médecin traitant afin d'exclure une intolérance aux IECA.

Si la personne présente de novo des symptômes d'hypotension ou une hypotension orthostatique documentée par la prise de la TA couché/debout sous prise d'un IECA ou d'un ARA, l'infirmière devra aviser le médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours afin d'éviter un risque de chute ou une détérioration de la condition de la personne.

2) Suivi des résultats

a) Créatinine (Normales 58-110 umol/L) :

- ▶ Une hausse de la créatinine de 15 et 30% par rapport de la valeur de base de la personne demande un suivi téléphonique pour s'assurer qu'il n'a pas de nouvelle condition pathologique pouvant détériorer la fonction rénale (diarrhée de novo, une diminution de l'hydratation ou de l'appétit depuis les dernières semaines, signes et symptômes d'hypotension, etc.).
 - Un changement dans la pharmacothérapie de la personne est également à suspecter.
 - L'infirmière devra aviser le médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours selon la pertinence des informations recueillies pour effectuer un ajustement du plan thérapeutique au besoin.

- Un contrôle devra s'effectuer dans les 7 jours qui suivent.
- ▶ Une Hausse de 30% et plus par rapport à la valeur à la valeur de base de la personne devra être signalée au médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours, un ajustement dans le plan thérapeutique et une visite médicale à la clinique d'insuffisance cardiaque devront être planifiés par l'infirmière.

b) Potassium (Normales 3,5 et 5,1 mmol/L):

- ▶ Une valeur de kaliémie entre 5,2 et 5,5 mmol/l devra être recontrôlée dans les 7 jours qui suivent le résultat. Un appel téléphonique devra être fait à la personne pour évaluer la teneur potassique de son l'alimentation.
- ▶ Une valeur de kaliémie entre 5,6 et 5,9 mmol/l nécessite d'être recontrôlée dans les 7 jours qui suivent le résultat surtout si la personne prend un diurétique épargnant la perte rénale potassique (ex : antagoniste de l'aldostérone). En plus, un appel doit être fait au médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours.
- ▶ Une valeur de kaliémie de plus de 6,0 mmol/l nécessite généralement une visite médicale (souvent à l'urgence) pour éviter les complications liées à l'hyperkaliémie. Le médecin traitant doit être avisé le jour même.

Rédigé par : Jean-Dominic Rioux, Infirmier praticien spécialisé en cardiologie, CHUS
 Dr Paul Farand, cardiologue, CHUS
 Dr Suzanne Gosselin, DSPPM, CSSS-IUGS

ANNEXES :	
MOTS CLÉS :	IECA, INHIBITEUR DE L'ENZYME DE CONVERSION, ARA, ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE, INSUFFISANCE CARDIAQUE, ORDONNANCES COLLECTIVES, CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE, BILANS SANGUINS
DIFFUSÉ À :	DSPPM, DIRECTRICE, DSGPSA, CHEF D'ADMINISTRATION DE PROGRAMME, DSGPSA, ASI PROGRAMME DES MALADIES CHRONIQUES, DSI TOUS

Chemin d'accès :

Annexe 7 : Ordonnance collective : Effectuer une surveillance des bilans sanguins en lien avec la prise d'un antagoniste d'amiodarone chez les patients coronariens suivis à la clinique d'insuffisance cardiaque

ORDONNANCE COLLECTIVE
ORD-CMDP-57

EFFECTUER UNE SURVEILLANCE DE LA PRISE D'AMIODARONE CHEZ UNE PERSONNE SUIVIE À LA CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE PAR LA RÉALISATION DE BILANS SANGUINS

ÉMETTEUR :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		
APPROUVÉ PAR :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :	2011/04/19	DATE DE RÉVISION PRÉVUE :	2012
DATE DE RÉVISION :			
CODE DE CLASSIFICATION :	ADM-316-06		
ORIGINAL SIGNÉ PAR :	Paule Hottin, présidente du CMDP		

CETTE ORDONNANCE COLLECTIVE REMPLACE LE NUMÉRO	ÉMIS LE
--	---------

ORDONNANCES COLLECTIVES

Une ordonnance collective est une ordonnance établie par règlement du CMDP à l'effet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements sans attendre d'ordonnance médicale individuelle chez les bénéficiaires de catégories déterminées dans cette ordonnance et le cas échéant, selon le protocole ou la méthode de soins desquels elle relève. L'ordonnance collective ne s'applique pas si elle entre en contradiction avec une ordonnance individuelle.

PERSONNES HABILITÉES À EXÉCUTER L'ORDONNANCE

Infirmières cliniciennes habilitées qui possèdent les connaissances, les compétences et ayant reçu la formation nécessaire pour le suivi de la clientèle de la clinique d'insuffisance cardiaque.

Activités réservées de l'infirmière :

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
2. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.

GROUPES DE PERSONNES OU SITUATION CLINIQUE VISÉE PAR L'ORDONNANCE

Toute personne suivie à la clinique d'insuffisance cardiaque prenant de l'amiodarone.

INDICATIONS

Éviter une toxicité à l'amiodarone

CONTRE-INDICATIONS

Aucune

PROCÉDURE

1) L'infirmière complète une requête de laboratoire en indiquant qu'une copie du résultat doit être acheminée au médecin traitant. En général, le md traitant est le médecin de famille. Pour certaines personnes sans md de famille, le md traitant pourra être un cardiologue ou un interniste.

- ▶ Effectuer une TSH et un bilan hépatique (AST, ALT) à tous les six mois.
- ▶ TSH (Normales 0,35-3,50mUI/L):
- ▶ En cas d'anomalie, doser la T4 libre et la T3 et aviser le médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours afin qu'il détermine la conduite à suivre.
- ▶ ALT (Normales 0-55 UI/L)/AST (Normales 0-40 UI/L) :
- ▶ Si une valeur est supérieure à trois fois la normale, aviser le médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours afin qu'il détermine la conduite à suivre.
- ▶ Si la hausse est inférieure à trois fois la normale, faire un contrôle un mois plus tard. Si l'anomalie persiste, aviser le médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours.

2) L'infirmière s'assure que le patient est vu en ophtalmologie annuellement. En cas de détérioration de la vision, elle avise le médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours.

3) L'infirmière s'assure qu'une radiographie pulmonaire est réalisée annuellement. Sinon, elle en informe le médecin traitant afin qu'il fasse les démarches nécessaires.

3) Si apparition de toux, dyspnée, perte de poids ou faiblesse, l'infirmière doit suspecter une pneumonite. Elle réfère alors au médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours, afin qu'il détermine la conduite à suivre.

Rédigé par : Jean-Dominic Rioux, Infirmier praticien spécialisé en cardiologie, CHUS

Dr Paul Farand, cardiologue, CHUS

Dr Suzanne Gosselin, DSPPM, CSSS-IUGS

ANNEXES :	
MOTS CLÉS :	INSUFFISANCE CARDIAQUE, AMIODARONE, MALADIES CHRONIQUES, ORDONNANCES COLLECTIVES, BILANS SANGINS, CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE
DIFFUSÉ À :	DSPPM-MÉDECINS, DIRECTRICE DSGPSA, CHEF D'ADMINISTRATION DE PROGRAMME DSGPSA, DSGPSA PROGRAMME DES MALADIES CHRONIQUES, DSI TOUS

Chemin d'accès : Document\DSPPM\Documents administratifs\Ordonnances collectives CSSS-IUGS\ORD-CMDP-57.doc

Annexe 8 : Ordonnance collective : Effectuer une surveillance des bilans sanguins en lien avec la prise de Digoxin chez les patients coronariens suivis à la clinique d'insuffisance cardiaque

ORDONNANCE COLLECTIVE
ORD-CMDP-59

EFFECTUER UNE SURVEILLANCE DE LA PRISE DE DIGOXINE CHEZ UNE PERSONNE SUIVIE À LA CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE PAR LA RÉALISATION DE BILANS SANGUINS.

ÉMETTEUR :	Présidente du Conseil des médecins; dentistes et pharmaciens		
APPROUVÉ PAR :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :	2011/04/19	DATE DE RÉVISION PRÉVUE :	2012
DATE DE RÉVISION :			
CODE DE CLASSIFICATION :	ADM-316-06		
ORIGINAL SIGNÉ PAR :	Paule Hottin, présidente du CMDP		

CETTE ORDONNANCE COLLECTIVE REMPLACE LE NUMÉRO ÉMIS LE
--

ORDONNANCES COLLECTIVES

Une ordonnance collective est une ordonnance établie par règlement du CMDP à l'effet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements sans attendre d'ordonnance médicale individuelle chez les bénéficiaires de catégories déterminées dans cette ordonnance et le cas échéant, selon le protocole ou la méthode de soins desquels elle relève. L'ordonnance collective ne s'applique pas si elle entre en contradiction avec une ordonnance individuelle.

PERSONNES HABILITÉES À EXÉCUTER L'ORDONNANCE

Infirmières cliniciennes habilitées qui possèdent les connaissances, les compétences et ayant reçu la formation nécessaire pour le suivi de la clientèle de la clinique d'insuffisance cardiaque.

Activités réservées de l'infirmière :

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
2. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.

GROUPES DE PERSONNES OU SITUATION CLINIQUE VISÉE PAR L'ORDONNANCE

Toute personne suivie à la clinique d'insuffisance cardiaque prenant de la digoxine.

INDICATIONS

Éviter une arythmie par intoxication à la digoxine.

CONTRE-INDICATIONS

Aucune

PROCÉDURE

1) L'infirmière complète une requête de laboratoire en indiquant qu'une copie du résultat doit être acheminée au médecin traitant. En général, le md traitant est le médecin de famille. Pour certaines personnes sans md de famille, le md traitant pourra être un cardiologue ou un interniste.

- ▶ L'infirmière doit s'assurer que le prélèvement de digoxinémie est réalisé plus de 8 heures après la dernière dose de digoxine. Idéalement, le prélèvement doit être effectué avant la prochaine dose.
- ▶ Lorsque la digoxinémie est stable et dans la cible thérapeutique (0,64-1,40 nmol/L ou 0,64 – 1 nmol/L pour les personnes de 65 ans et plus): faire une digoxinémie chaque 6 mois accompagnée d'un dosage de la créatinine et des électrolytes (Na, K).
- ▶ Au début du traitement ou lors d'une modification de la dose, faire une digoxinémie 10-14 jrs plus tard accompagnée d'un dosage de la créatinine et des électrolytes (Na, K) en suivant la même procédure.

2) Suivi des résultats

- ▶ Si le résultat est en dehors des valeurs cibles thérapeutiques en insuffisance cardiaque : aviser le médecin traitant dans un délai maximal de 7 jours pour un réajustement de la dose.
- ▶ Si le résultat de digoxinémie est supérieur à 2,0 nmol/L, le patient doit être rejoint afin de s'assurer de son état de santé et que le prélèvement a été effectué adéquatement. Le médecin traitant doit être rejoint dans un délai maximal de 3 jours et mentionnant au patient de ne pas prendre entretemps sa digoxine.
- ▶ Si le résultat de digoxinémie est supérieur à 2,0 nmol/L et que le patient se porte moins bien, ou si le résultat de digoxinémie est supérieur à 3,0 nmol/L peu importe l'état du patient, ce dernier doit être référé à l'urgence.
- ▶ Avec une thérapie pharmacologique à la digoxine, une kaliémie supérieure à 4,0 mmol/l est importante à maintenir: aviser le médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours de toute kaliémie inférieure à cette valeur afin qu'il puisse déterminer la conduite à suivre.
- ▶ Dans la situation d'une hausse de la créatinine de 15 à 30% par rapport à la valeur de base de la personne, il faut effectuer un suivi téléphonique pour s'assurer qu'elle n'a pas de diarrhée de novo, une diminution de l'hydratation ou de l'appétit depuis les dernières semaines, un changement de son état de santé ou de sa pharmacothérapie. Il faut contacter le médecin traitant selon les informations recueillies pour effectuer un ajustement du plan thérapeutique au besoin. Un contrôle de la créatinine devra s'effectuer dans les 7 jours qui suivent si aucune problématique n'a été décelée.

- ▶ En présence d'une hausse de la créatinine de plus de 30 % par rapport à la valeur de base de la personne, le médecin traitant doit être avisé dans un délai maximal de 3 jours afin de déterminer la conduite à tenir et un ajustement au plan thérapeutique devra s'effectuer au besoin.

Rédigé par : Jean-Dominic Rioux, Infirmier praticien spécialisé en cardiologie, CHUS
Dr Paul Farand, cardiologue, CHUS
Dr Suzanne Gosselin, DSPPM, CSSS-IUGS
Julie Bissonnette, pharmacienne, CSSS-IUGS

ANNEXES :	
-----------	--

MOTS CLÉS :	INSUFFISANCE CARDIAQUE, ORDONNANCES COLLECTIVES, BILANS SANGUINS, CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE, DIGOXINE, DIGOXIN, DIGITALE, LANOXIN
-------------	---

DIFFUSÉ À :	DSPPM-MÉDECINS, DIRECTRICE DSGPSA, CHEF D'ADMINISTRATION DE PROGRAMME DSGPSA, DSGPSA PROGRAMME DES MALADIES CHRONIQUES, DSI TOUS
-------------	--

Chemin d'accès : Document\DSPPM\Documents administratifs\Ordonnances collectives CSSS-IUGS\ORD-CMDP-59.doc

Annexe 9 : Ordonnance collective : Suivi de l'anémie chez un patient suivi à la clinique d'insuffisance cardiaque

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke

ORDONNANCE COLLECTIVE
ORD-CMDP-55

EFFECTUER UNE SURVEILLANCE DE L'ANÉMIE CHEZ UNE PERSONNE SUIVIE À LA CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

ÉMETTEUR :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		
APPROUVÉ PAR :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :	2011/04-19	DATE DE RÉVISION PRÉVUE :	2012
DATE DE RÉVISION :			
CODE DE CLASSIFICATION :	ADM-316-06		
ORIGINAL SIGNÉ PAR :	Paule Hottin, présidente du CMDP		

CETTE ORDONNANCE COLLECTIVE REMPLACE LE NUMÉRO ÉMIS LE

ORDONNANCES COLLECTIVES

Une ordonnance collective est une ordonnance établie par règlement du CMDP à l'effet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements sans attendre d'ordonnance médicale individuelle chez les bénéficiaires de catégories déterminées dans cette ordonnance et le cas échéant, selon le protocole ou la méthode de soins desquels elle relève. L'ordonnance collective ne s'applique pas si elle entre en contradiction avec une ordonnance individuelle.

PERSONNES HABILITÉES À EXÉCUTER L'ORDONNANCE

Infirmières cliniciennes habilitées qui possèdent les connaissances, les compétences et ayant reçu la formation nécessaire pour le suivi de la clientèle de la clinique d'insuffisance cardiaque.

Activités réservées de l'infirmière :

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
2. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.

GROUPES DE PERSONNES OU SITUATION CLINIQUE VISÉE PAR L'ORDONNANCE

Toute personne suivie à la clinique d'insuffisance cardiaque

INDICATIONS

- ▶ Investiguer précocement une anémie qui s'installe de novo
- ▶ Éviter une exacerbation de l'insuffisance cardiaque secondaire à l'anémie
- ▶ Éviter une anémie secondaire à une médication
- ▶ Éviter des complications reliées à un diagnostic d'anémie

CONTRE-INDICATIONS

Aucune

PROCÉDURE

1) L'infirmière effectue une FSC en complétant la requête de laboratoire convenue et en indiquant qu'une copie doit être acheminée au médecin traitant. En général, le md traitant est le médecin de famille. Pour certaines personnes sans md de famille, le md traitant pourra être un cardiologue ou un interniste.

- ▶ Chaque 3 mois si la personne :
 - ▶ présente une insuffisance rénale (Clairance de la créatinine estimée moindre que 50 cc/min);
 - ▶ présente de l'anémie (Hb moindre de 120 g/L chez la femme et moindre de 130 g/L chez homme
 - ▶ est traitée avec un antiagrégant plaquettaire (ASA, clopidogrel, ticlopidine, ASA-dipyridamole) ou un anticoagulant (warfarine, héparine) étant donné le risque de saignement.

- ▶ Chaque 6 mois si la personne ne présente pas les conditions précédentes.

2) Suivi des résultats

- ▶ En présence d'une diminution de l'hémoglobine (Hb) de 15 g/L de la valeur de base ou d'une valeur inférieure à 110 g/L de novo l'infirmière avise le médecin traitant dans un délai maximal de 3 jours.

- ▶ En présence de valeurs anormales des plaquettes ou des globules blancs, aviser le md traitant dans un délai maximal de 3 jours.

Rédigé par : Jean-Dominic Rioux, Infirmier praticien spécialisé en cardiologie, CHUS
Dr Paul Farand, cardiologue, CHUS
Dr Suzanne Gosselin, DSPPM, CSSS-IUGS

ANNEXES :	
MOTS CLÉS :	ANÉMIE, INSUFFISANCE CARDIAQUE, BILANS SANGUINS, ORDONNANCES COLLECTIVES, CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE
DIFFUSÉ À :	DSPPM-MÉDECINS, DIRECTRICE DSGPSA, CHEF D'ADMINISTRATION DE PROGRAMME DSGPSA, DSGPSA PROGRAMME DES MALADIES CHRONIQUES, DSI TOUS

Chemin d'accès : Document\DSPPM\Documents administratifs\Ordonnances collectives CSSS-IUGS\ORD-CMDP-55.doc

Annexe 10 : Documentation de la Société québécoise d'insuffisance cardiaque-Documents remis aux patients

Programme d'enseignement en cardiologie



Mieux vivre avec l'insuffisance cardiaque

Collectif de 17 auteurs sous la direction de docteure Martine Monmigny, cardiologue.

Édition Ressources, 2006, 139 pages

L'insuffisance cardiaque, une maladie chronique à laquelle il faut apprendre à s'adapter. Ce livre a été écrit par une équipe interdisciplinaire de 17 professionnels, membres de la Société québécoise d'insuffisance cardiaque (SQIC). Les auteurs, impliqués quotidiennement dans le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, ont conçu ce document pour servir d'outil d'enseignement aux patients et à leur famille.

Auteurs

Diane AUBRY, physiologiste de l'exercice
Danielle BEAUDOIN, infirmière clinicienne
Chantal BELLEROSE, diététiste-nutritionniste clinicienne
Jean BOURNIVAL, pharmacien
Simon de DENUS, pharmacien
Pierre DESGAGNÉS, physiologiste de l'exercice
Docteure Anique DUCHARME, cardiologue
Chantal GUÈVREMONT, diététiste-nutritionniste clinicienne
Sonia HEPPEL, infirmière
Joanne LAROCQUE, diététiste-nutritionniste clinicienne
Dominique LFEBVRE, kinésiologue
Pascale LEHOUX, psychologue
Josée LEVERT, infirmière
Josée MARTINEAU, pharmacienne
Docteure Martine MONTIGNY, cardiologue

Le « Carnet du patient »



Vous souffrez d'insuffisance cardiaque?

Outils clinique créé par la Société québécoise d'insuffisance cardiaque, révisé en 2010 par docteur Serge Lepage, cardiologue CHUS, madame Sonia Heppel, infirmière ICM et monsieur Jean-Dominic Rioux, IPS CHUS.

Petit document, sous forme de brochure, remis aux patients des cliniques d'insuffisance cardiaque auquel il peut se référer rapidement.

Le document aborde tous les aspects importants du traitement de façon simple et concise.

Le patient retrouve également les numéros de téléphone importants où il doit se référer lors de signes de décompensation.

SQIC



**SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE
D'INSUFFISANCE
CARDIAQUE**

Société Québécoise d'Insuffisance Cardiaque (SQIC)
688, rue Prospect
Sherbrooke (Québec) J1H 1A8

Téléphone : 819-542-2750

Télécopieur : 819-542-2751

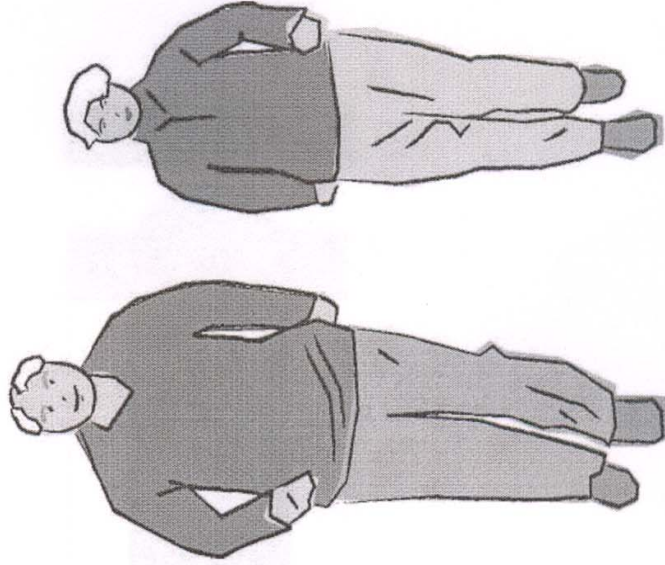
Courriel : Yolande.Bourassa@USherbrooke.ca

Révisé par : *Madame Sonia Heppell (ICM, docteur Serge
Lepage (CHUS et monsieur Jean-Dominic Rioux (CHUS)*

Révisé : le 6 avril 2010

VOUS SOUFFREZ D'INSUFFISANCE CARDIAQUE ?

ce carnet est un outil pour vous aider...



... à prendre soin de vous !

SQIC
SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE
D'INSUFFISANCE
CARDIAQUE

QUAND TÉLÉPHONER À VOTRE CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE ?

1. Un gain de poids de plus de 1,3 kg (plus de 3 lbs) en 24 à 48 heures ou un gain de 2,3 kg (plus de 5 lbs) en une semaine.
2. L'apparition ou l'augmentation de la difficulté à respirer lors d'une activité de la vie quotidienne.
3. L'apparition ou l'augmentation de l'enflure aux chevilles et aux jambes.
4. L'apparition ou l'augmentation de l'enflure à l'abdomen ou une difficulté à attacher ses pantalons.
5. Une fatigue persistante depuis plus d'une semaine sans autre symptôme associé.
6. Une difficulté à respirer qui arrive subitement durant la nuit.
7. Une difficulté à respirer lorsque l'on se couche dans son lit et nécessitant l'augmentation du nombre d'oreillers ou la nécessité de s'asseoir au fauteuil.
8. Une toux sèche persistante.
9. Une diminution de la quantité/fréquence de l'urine en 24 heures.
10. L'apparition ou l'augmentation des étourdissements, en lien ou non avec un ajustement pharmacologique.

Si vous présentez l'un ou plusieurs de ces signes et qu'ils persistent plus de 2 jours d'affilée, veuillez contacter l'infirmière de votre clinique d'insuffisance cardiaque au numéro suivant :

QUI CONSULTER ?

APPELER L'INFIRMIÈRE DE LA CLINIQUE
D'INSUFFISANCE CARDIAQUE LORS DES
HEURES D'OUVERTURE DE LA CLINIQUE

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

OU

VOTRE CLSC

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

OU

INFO-SANTÉ

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

SI VOUS NE POUVEZ ATTENDRE, VOUS PRÉSENTER

CHEZ VOTRE MÉDECIN DE FAMILLE

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

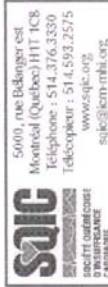
OU

À L'URGENCE

OU

FAIRE LE 911

*Pour plus d'informations, consulter le livret
« Mieux vivre avec l'insuffisance cardiaque »*



ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE

Bien gérer votre stress et préserver votre énergie

Établir des priorités.

Apprendre à dire non et à déléguer.

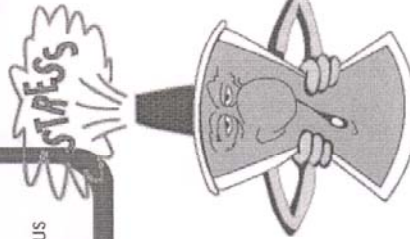
Vous accorder chaque jour un moment de détente d'au moins 30 minutes.

Dormir suffisamment.

Exprimer vos émotions et vos besoins, partager ce que vous ressentez avec quelqu'un de confiance.

Investir du temps de qualité auprès de votre famille et de vos amis.

Ne jamais oublier de prendre soin de vous en tout temps : vous êtes la priorité !



QUAND SE PRÉSENTER À L'URGENCE ?

1. **Durant les heures où votre clinique d'insuffisance cardiaque est fermé (exemple : les soirs, fins de semaine, jours fériés).**
2. **Un essoufflement très important au repos avec une sensation de manquer d'air.**
3. **Une perte de connaissance.**
4. **Des palpitations qui persistent au repos et pouvant être accompagnées d'étourdissements.**
5. **Une douleur à la poitrine, au bras, à la mâchoire, dans le dos qui persiste malgré la prise usuelle de votre nitroglycérine en vaporisation sous la langue.**

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Bouger un peu tous les jours peut améliorer votre santé cardiaque et votre qualité de vie

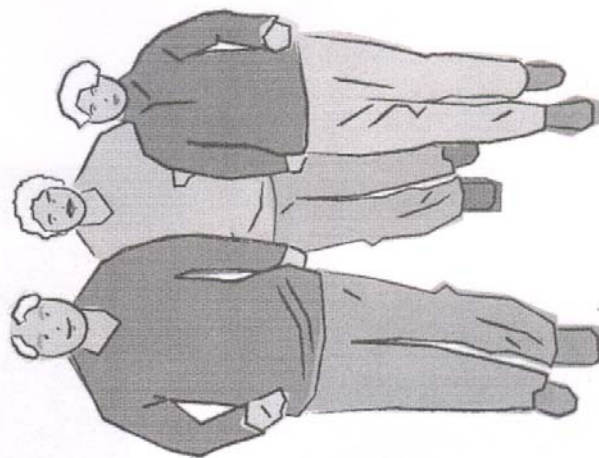
Progressivement et à votre rythme.

Accumuler 20 à 60 minutes d'exercice par jour.

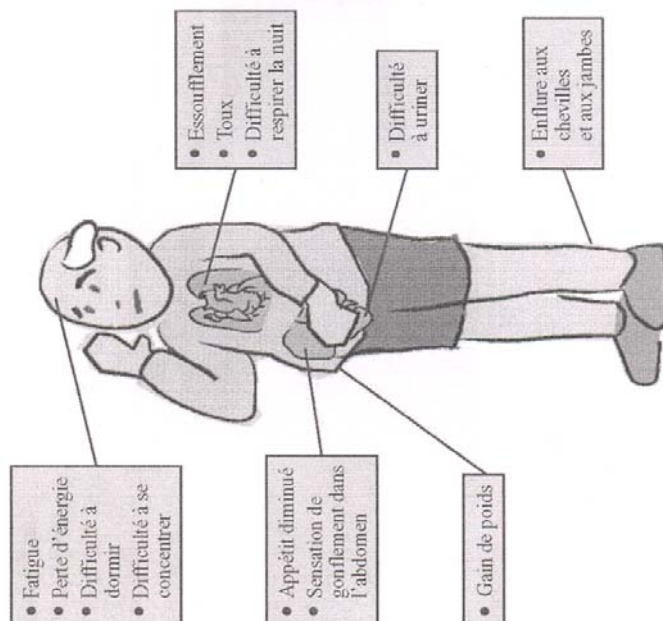
Au moins 10 minutes à la fois.

À une intensité de moyen à un peu difficile.

Choisir des activités que vous aimez.



SIGNES ET SYMPTÔMES



- Fatigue
- Perte d'énergie
- Difficulté à dormir
- Difficulté à se concentrer

- Appétit diminué
- Sensation de gonflement dans l'abdomen

- Gain de poids

- Essoufflement
- Toux
- Difficulté à respirer la nuit

- Difficulté à uriner

- Enflure aux chevilles et aux jambes

MÉDICAMENTS

Ne pas arrêter, augmenter ou diminuer la dose de vos médicaments sans l'avis du médecin.

Garder toujours sur vous la liste des médicaments que vous prenez.

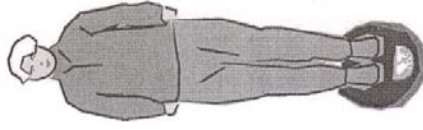
Mentionner à votre médecin et à votre pharmacien tous les médicaments que vous prenez avec ou sans prescription.

Éviter l'utilisation de produits naturels sans en parler avec votre pharmacien. Un produit naturel peut aussi être dangereux.

DES ACTIONS QUI VOUS AIDERONT



Voici des actions qui vous aideront.

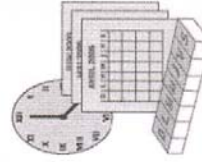


Vous peser tous les jours au lever et après avoir uriné...

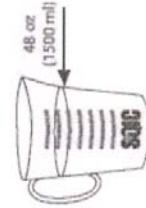


... et écrire votre poids dans votre carnet ou sur votre calendrier.

Appeler votre médecin ou votre équipe de soins, si vous prenez 3 lbs (1,5 kg) ou plus en 3 à 5 jours.



Prendre votre médication tous les jours.



Contrôler la quantité de liquide que vous prenez.

ALIMENTATION



MAINTENIR VOTRE POIDS À : lbs kg

LIMITER VOTRE QUANTITÉ DE LIQUIDE TOTALE PAR JOUR À : oz ml

LIMITER VOTRE QUANTITÉ DE SODIUM À : g/jour
voir pages 28 à 32 du livret : « Mieux vivre avec l'insuffisance cardiaque »

Contrôler votre quantité de liquides

Calculer tous les liquides et respecter votre limite.

Trucs pour réduire la soif

- Prendre des fruits congelés.
- Sucer des glaçons faits avec de l'eau citronnée.
- Mâcher de la gomme.
- Se rincer la bouche.
- Se brosser les dents.

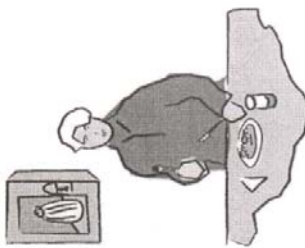
Réduire le sel

Limiter l'usage de la salière.
Éviter les aliments riches en sodium.

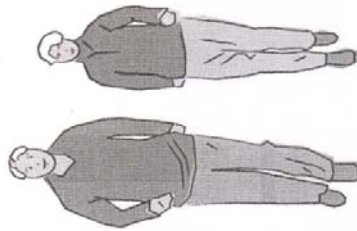
Bien vous alimenter

Avoir des aliments des 4 groupes alimentaires.
Prendre de petits repas et collations.

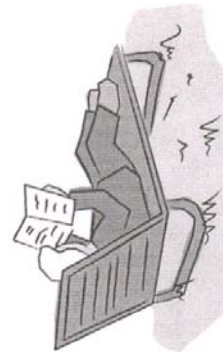
Réduire le sel et bien vous alimenter.



Faire de l'activité physique selon vos capacités.



Prendre le temps de vous reposer et de vous détendre.



Cesser de fumer.



Annexe 11 : *Ordonnance collective* : Ajustement temporaire de la dose de furosémide (Lasix) per os

Clin.IC-03

**Ordonnance collective autorisée aux infirmières
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke**

DIRECTIVES (par le C.M.D.P)

Règle de soins : Ajustement temporaire de la dose de furosémide (Lasix) per os

→ Si gain de poids est supérieur à 2,2 kg (5 lb) en 48 heures :

L'évaluation de l'usager doit être faite en clinique seulement

▪ Vérifier si l'usager présente un des signes d'exacerbation suivants :

Depuis la dernière évaluation à la clinique :

- augmentation de la dyspnée à l'effort
- augmentation de la dyspnée au repos
- augmentation de l'œdème membres inférieurs, ↑ enflure aux chevilles
- orthopnée (besoin d'ajouter des oreillers pour dormir)
- dyspnée paroxystique nocturne
- augmentation importante de la fatigue
- apparition de toux, température, expectorations
- sensation d'étouffer
- diminution de la concentration, somnolence, manque d'entrain
- diminution de l'appétit, nausée, une sensation que la digestion est ralentie
- diminution de la miction, urines plus concentrées

→ Si **présence** d'un ou des signes d'exacerbation : référer l'usager au cardiologue

→ Si **absence** de signes d'exacerbation :

- ▶ indiquer à l'usager la dose temporaire de furosémide (Lasix) qu'il doit prendre pour **une fois**, selon le *Tableau d'ajustement temporaire pour le furosémide (Lasix) per os*, au point no 3
- ▶ faire contresigner la modification temporaire de dosage dans les 48 heures par le cardiologue afin que celui-ci évalue la pertinence d'une visite médicale ou d'un bilan biochimique
- ▶ faire un suivi téléphonique auprès de l'usager dans les 48 heures afin de vérifier la condition de celui-ci

3. Tableau d'ajustement temporaire pour le furosémide (Lasix) per os

Dose de furosémide prescrite	Dose temporaire de furosémide
20 mg die	40 mg die
40 mg die	60 mg die
60 mg die	80 mg die
40 mg a.m. et 20 mg p.m.	40 mg bid
80 mg die	120 mg die
40 mg bid	80 mg a.m. et 40 mg p.m.
102 mg die	160 mg die ou 80 mg bid
160 mg die	20 mg die ou 120 mg a.m. et 80 mg p.m.

Page 2

Annexe 12 : Questionnaire : Vivre avec une insuffisance cardiaque

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
SHERBROOKE-HÔTEL-DIEU

projet
**CLINIQUE D'INSUFFISANCE
CARDIAQUE**

(Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire)

- / Les questions suivantes visent à déterminer la façon dont votre problème cardiaque vous a empêché de mener la vie que vous vouliez au cours du dernier mois.
- / Les points énumérés ci-dessous décrivent comment différentes personnes peuvent être affectées.
- / Si vous êtes certain qu'un point ne s'applique pas à votre cas ou n'a aucun lien avec votre problème cardiaque, encerclez le 0 signifiant NON et passez au point suivant.
- / Si un point s'applique à votre cas, encerclez le chiffre qui indique dans quelle mesure ce point vous a empêché de mener la vie que vous vouliez.

ÉNONCÉ	NON	TRÈS PEU	>	>	>	SOUVENT
1. Avez-vous souffert d'enflure aux chevilles, aux jambes, etc.?	0	1	2	3	4	5
2. Avez-vous dû vous asseoir ou vous coucher durant la journée pour vous reposer?	0	1	2	3	4	5
3. Avez-vous eu de la difficulté à marcher ou à monter des escaliers?	0	1	2	3	4	5
4. Avez-vous eu de la difficulté à effectuer les tâches quotidiennes, par exemple, l'entretien de la maison, du jardin, du terrain?	0	1	2	3	4	5
5. Avez-vous eu de la difficulté à faire des sorties?	0	1	2	3	4	5
6. Avez-vous eu de la difficulté à dormir la nuit?	0	1	2	3	4	5
7. Avez-vous eu de la difficulté à participer à des activités avec votre famille ou vos amis?	0	1	2	3	4	5

ÉNONCÉ	NON	TRÈS PEU)))	SOUVENT
8. Avez-vous eu de la difficulté à travailler?	0	1	2	3	4	5
9. Avez-vous eu de la difficulté à participer à vos activités de loisirs, passe-temps, sports?	0	1	2	3	4	5
10. Avez-vous eu de la difficulté à être actif sexuellement?	0	1	2	3	4	5
11. Avez-vous dû éviter certains aliments que vous aimez?	0	1	2	3	4	5
12. Avez-vous été essoufflé?	0	1	2	3	4	5
13. Vous êtes-vous senti fatigué, à plat sans énergie?	0	1	2	3	4	5
14. Avez-vous dû séjourner à l'hôpital?	0	1	2	3	4	5
15. Avez-vous dû dépenser pour des médicaments ?	0	1	2	3	4	5
16. Avez-vous eu des effets secondaires avec vos médicaments ?	0	1	2	3	4	5
17. Avez-vous eu l'impression d'être un fardeau pour votre famille ou vos amis?	0	1	2	3	4	5
18. Avez-vous eu l'impression d'avoir perdu le contrôle sur votre vie?	0	1	2	3	4	5
19. Vous êtes-vous fait du souci?	0	1	2	3	4	5
20. Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ou avez-vous eu des trous de mémoire?	0	1	2	3	4	5
21. Vous êtes-vous senti déprimé?	0	1	2	3	4	5

TOTAL DES POINTS : _____

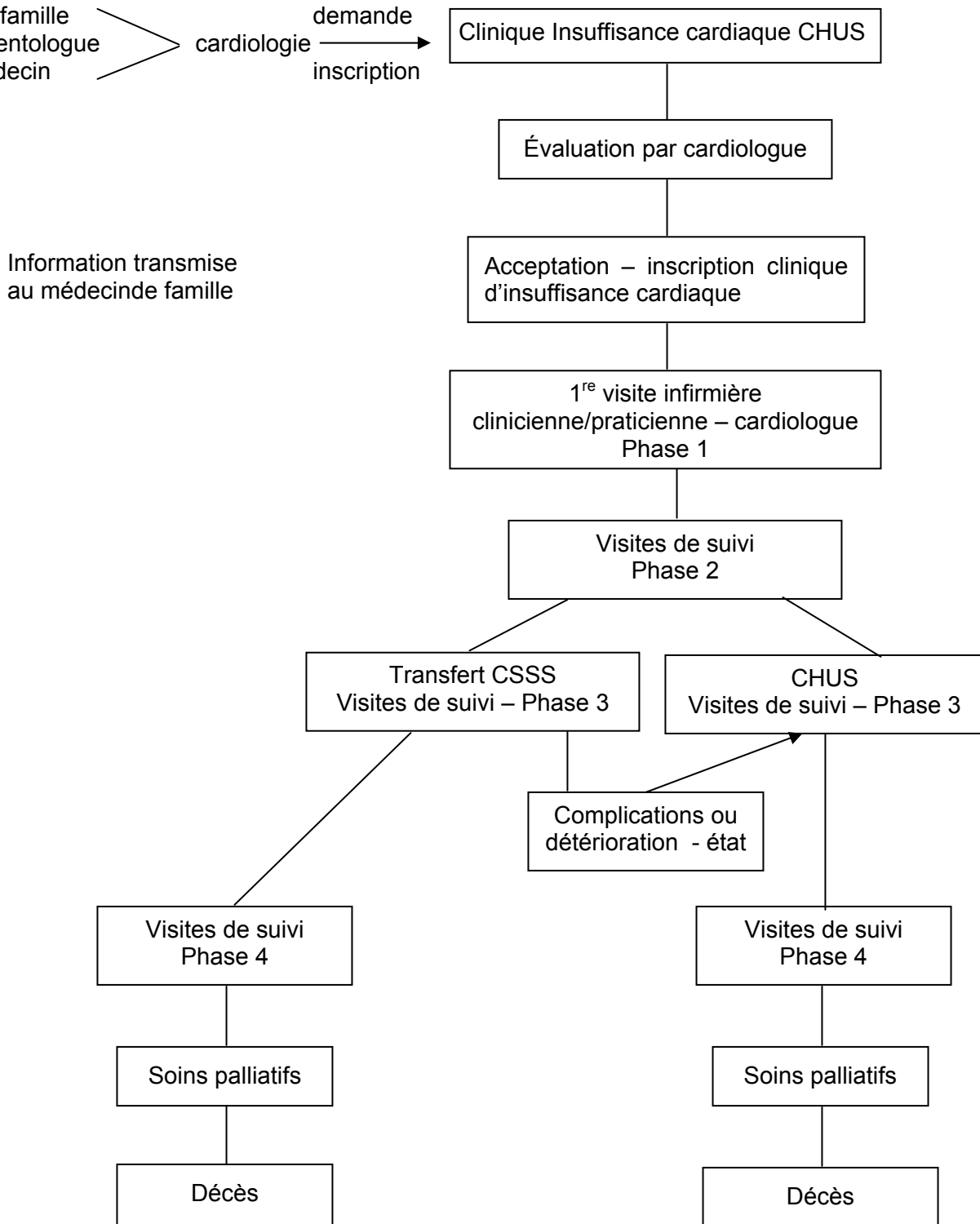
(entre 0 et 105)

Annexe 13 : Parcours du patient selon la situation

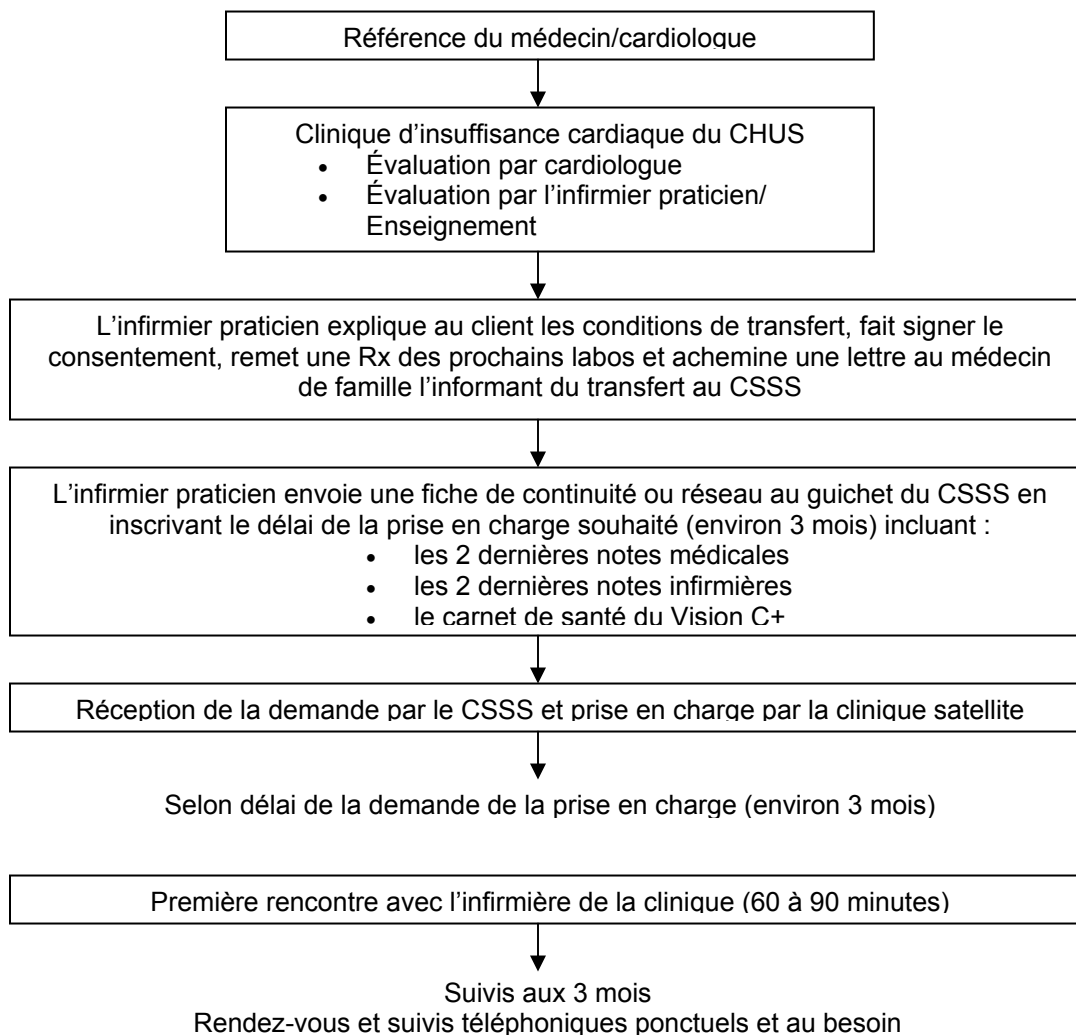
A) Parcours pour tout patient nécessitant un suivi en clinique d'insuffisance cardiaque

Références par :

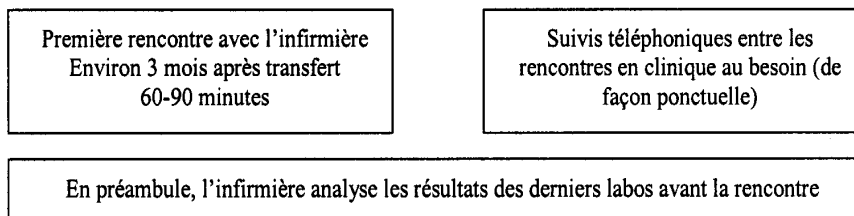
- md famille
- urgentologue
- médecin



B) Parcours d'une demande pour un client ayant déjà reçu un enseignement à la clinique d'insuffisance cardiaque du CHUS et ayant un médecin de famille, vers la clinique d'insuffisance cardiaque satellite d'un CSSS

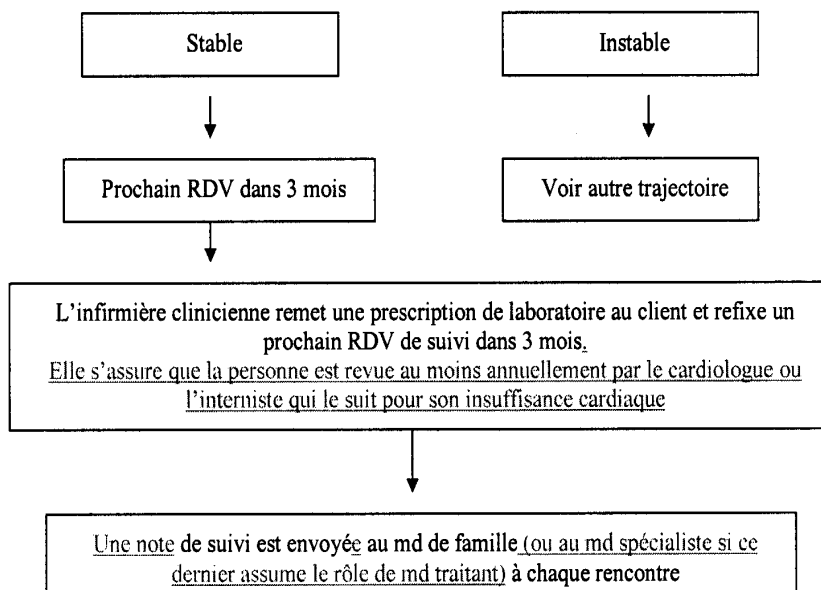


C) Parcours du client stable à la clinique d'insuffisance cardiaque des CSSS

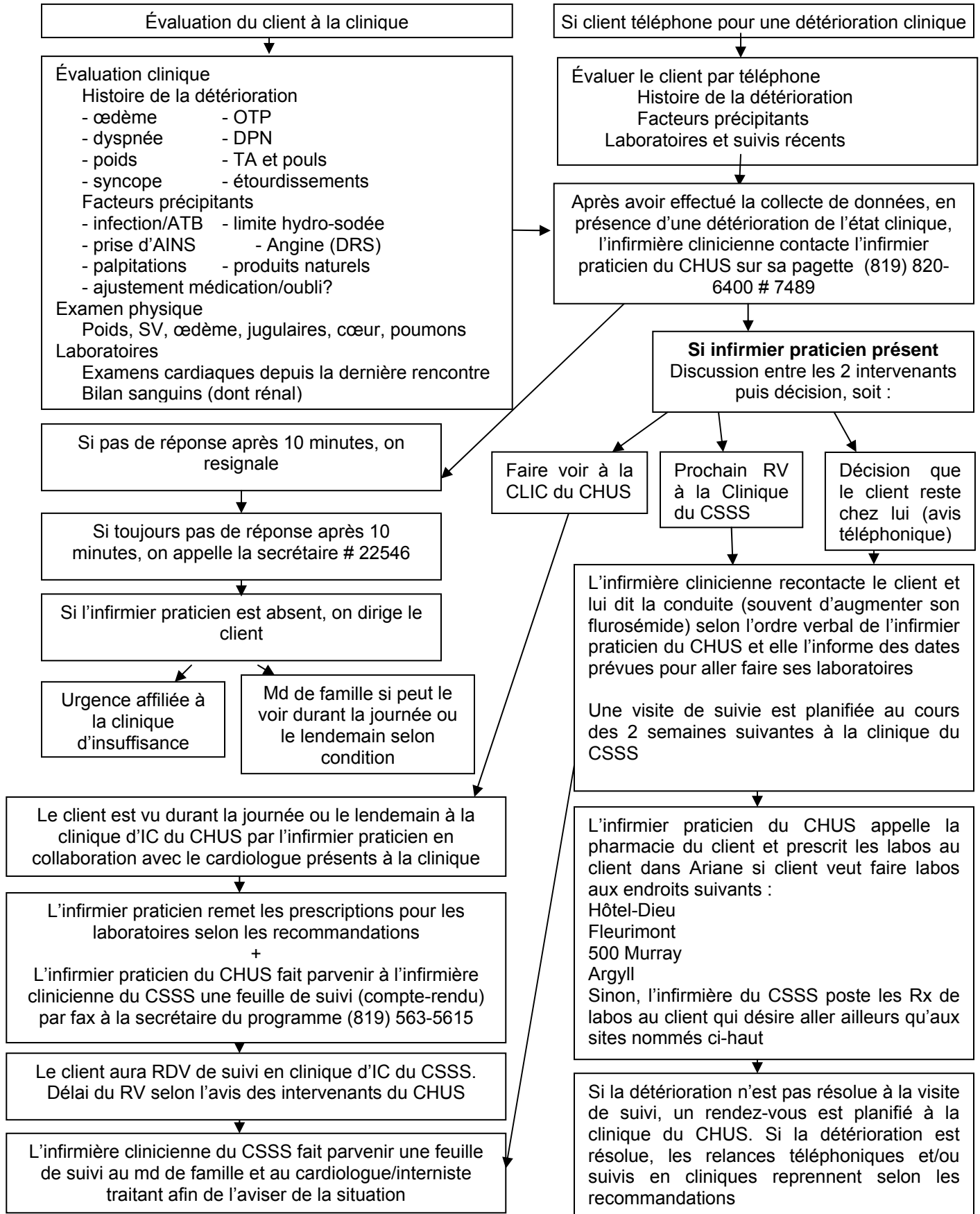


Lors de la rencontre,

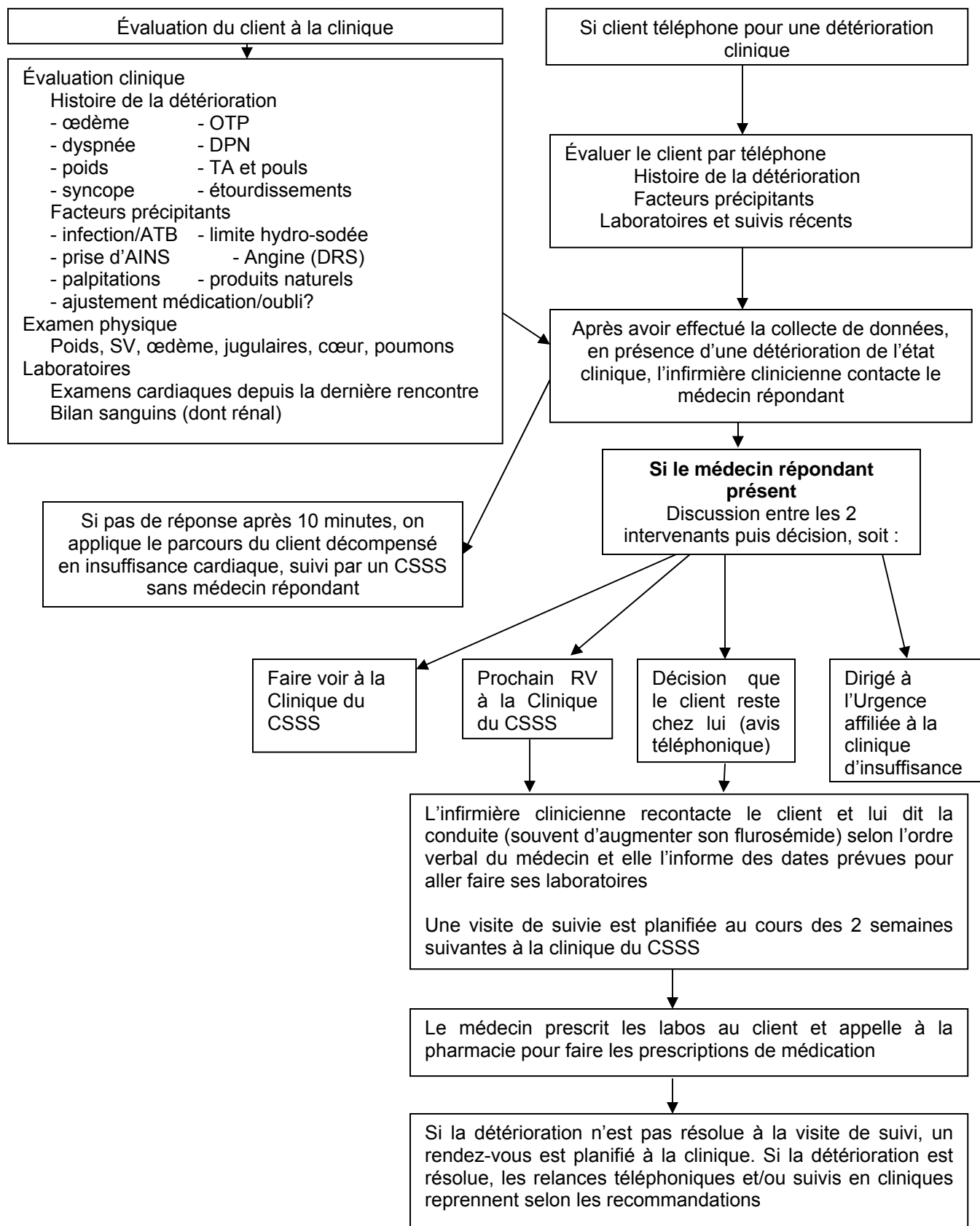
- Alimentation
 - Diète sans sel
 - Activité physique
 - Médicaments :
 - ← changement
 - ← observance
 - ← Effets secondaires
 - Poids/TA/pls/OMI
 - Examen physique
 - ← jugulaires
 - ← foie
 - ← auscultation pulmonaire
 - Dates dernier et prochain rendez-vous avec médecin(s)
 - Remise du plan d'action
 - Visite à l'urgence
 - Le client se fixe des objectifs
- poids
 - remplir feuille « suivi téléphonique »
 - recherche des signes et symptômes de décompensation
 - visite à l'urgence
 - retour sur enseignement vs objectifs du client
 - ← atteints
 - ← poursuite des objectifs



D) Parcours du client décompensé en insuffisance cardiaque, suivi par un CSSS sans médecin répondant



E) Parcours du client décompensé en insuffisance cardiaque, suivi par un CSSS avec médecin répondant



F) Parcours du client hospitalisé récemment pour insuffisance cardiaque

Si client hospitalisé pour défaillance cardiaque

Client contacte la clinique d'insuffisance du CSSS pour prendre un RV



RV sera donné dans les deux semaines suivant la sortie du CH



Client vu en clinique IC satellite du CSSS :

- retour sur les facteurs ayant mené à son hospitalisation
- remise de Rx de labos PRN selon recommandations

Références

LEVASSEUR, E. (2005). *L'entretien motivationnel pour préparer le changement*. Mémoire de maîtrise, Université de Caen, Basse Normandie, p.8.

PROCHASKA, J., NORDOSS, J. et DICLEMENTE, C. (1995). *Changing for good. A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. Harper Collins books, p. 202-289.