

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec



Le présent fichier est une publication en ligne reçue en dépôt légal, convertie en format PDF et archivée par Bibliothèque et Archives nationales du Québec. L'information contenue dans le fichier peut donc être périmée et certains liens externes peuvent être inactifs.

Version visionnée sur le site Internet d'origine le 2 mai 2011.

Section du dépôt légal

Nom : _____
 No. dossier : _____
 D.D.N. : _____ Âge : _____
 Sexe : _____

Antécédent familial de MCV précoce : < 55 ans ♂ < 65 ans ♀

Antécédents médicaux :

- Infarctus du myocarde Maladie ischémique du cœur Diabète Néphropathie _____
 Maladie artérielle périphérique Hypertension artérielle Dyslipidémie Dysfonction ventric. gche
 Fibrillation auriculaire Maladie vasculaire cérébrale Rétinopathie HTA Allergie _____ Autre : _____
 Résultat du calcul du risque de coronopathie après 10 ans (Grille de Framingham) : _____ Résultat du calcul du risque de MCV mortelle dans 10 ans (SCORE) : _____

Facteurs de risque et recommandations	Statut initial		Objectifs du patient	Suivi		
	Date de consultation			Date de consultation	Date de consultation	Date de consultation
Tension artérielle • < 140/90 mmHg chez les adultes • < 130/80 mmHg chez les diabétiques Grandeur du brassard • Fréquence cardiaque	Br.D _____ / _____ mmHg		Date :	Br.D _____ / _____ mmHg	Br.D _____ / _____ mmHg	Br.D _____ / _____ mmHg
	Br.G _____ / _____ mmHg			Br.G _____ / _____ mmHg	Br.G _____ / _____ mmHg	Br.G _____ / _____ mmHg
P - M - L - XL _____ /min			P - M - L - XL _____ /min	P - M - L - XL _____ /min	P - M - L - XL _____ /min	P - M - L - XL _____ /min
Obésité Poids : _____ kg Taille : _____ cm • IMC = 18,5 - 24,9 Kg/m ² (18-65 ans) • Tour de taille : ♂ < 102 cm ♀ < 88 cm • Origine sud-asiatique ou chinoise : Tour de taille : ♂ < 90 cm ♀ < 80 cm	Poids santé ou baisse de 5 à 10%			_____ kg _____ cm _____ Kg/m ² _____ cm _____ cm	_____ kg _____ cm _____ Kg/m ² _____ cm _____ cm	_____ kg _____ cm _____ Kg/m ² _____ cm _____ cm
Alimentation • réduire l'apport sodique • augmenter les fibres alimentaires • fruits/légumes 8 à 10 / jour • réduire l'apport en gras • produits laitiers faible en gras 2-3/ jour (≤ 1 % lait / < 20 % fromage)	• Sel à la table O/N • Aliments conserve / sachet _____ / sem. • Céréales à grains entiers O/N • Fruits, légumes _____ /jr • Charcuterie / saucisse _____ / jr • Viande rouge _____ / jr • Lait, yogourt _____ / jr • Fromages rég. _____ / sem.					
Activité physique • activité physique modérée pendant 30 minutes cumulées/jour • 5 - 7 fois / semaine	Durée : _____ min. Fréquence : _____ x sem.			Durée : _____ min. Fréquence : _____ x sem.	Durée : _____ min. Fréquence : _____ x sem.	Durée : _____ min. Fréquence : _____ x sem.

Nom : _____
 NO. dossier : _____

D.D.N. : _____

Facteurs de risque et recommandations	Statut initial	Objectifs du patient	Suivi		
	Date de consultation		Date de consultation	Date de consultation	Date de consultation
		Date :			
Tabagisme • cessation complète • exposition à la fumée secondaire	<input type="checkbox"/> Fumeur _____ cig./jour <input type="checkbox"/> Ex fumeur <input type="checkbox"/> Non fumeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> Fumeur _____ cig./jour <input type="checkbox"/> Ex fumeur <input type="checkbox"/> Non fumeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Fumeur _____ cig./jour <input type="checkbox"/> Ex fumeur <input type="checkbox"/> Non fumeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Fumeur _____ cig./jour <input type="checkbox"/> Ex fumeur <input type="checkbox"/> Non fumeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Alcool • 0 à 2 consommations / jour • ♂ < 14 consommations / sem. • ♀ < 9 consommations / sem. consommations = 12 on. de bière ou 5 on. de vin ou 1.5 on. de spiritueux	Consom. / semaine • Bière : _____ • Vin : _____ • Spiritueux : _____		Consom. / semaine • Bière : _____ • Vin : _____ • Spiritueux : _____	Consom. / semaine • Bière : _____ • Vin : _____ • Spiritueux : _____	Consom. / semaine • Bière : _____ • Vin : _____ • Spiritueux : _____
Facteurs psychosociaux • gestion du stress • relaxation - sommeil • réseau de soutien	Technique de relaxation : _____ ou autre : _____ Hrs de sommeil / jour _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Technique de relaxation : _____ ou autre : _____ Hrs de sommeil / jour _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Technique de relaxation : _____ ou autre : _____ Hrs de sommeil / jour _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Technique de relaxation : _____ ou autre : _____ Hrs de sommeil / jour _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Matériel éducatif : dépliants	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lesquels : _____		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lesquels : _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lesquels : _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lesquels : _____
Références aux organismes communautaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nom : _____		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nom : _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nom : _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nom : _____

Signature : _____

Signature : _____

Signature : _____

Signature : _____