



**Canadian Cardiovascular
Society**

Leadership. Knowledge. Community.

**Société canadienne
de cardiologie**

Communauté. Connaissances. Leadership.

DICTIONNAIRE DE DONNÉES DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE

Un document de consensus de la SCC

ÉLÉMENTS DE DONNÉES ET DÉFINITIONS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

VERSION FINALE v1.1

Dernière mise à jour : Le 16 juillet 2013

Copyright © 2013 La Société canadienne de cardiologie

La publication ne peut être reproduite ou modifiée sans la permission de la Société canadienne de cardiologie.

Pour une reproduction autorisée, veuillez obtenir la permission de :

Société canadienne de cardiologie

222, rue Queen, bureau 1403

Ottawa (Ontario)

Canada K1P 5V9

Courriel : healthpolicy@ccs.ca

Contexte

Le dictionnaire de données cardiovasculaires canadien de la Société canadienne de cardiologie est composé de plusieurs éléments de données et définitions classés par « chapitre » et basés sur un ensemble de commentaires et de consensus à l'échelle nationale en ce qui a trait aux définitions ayant cours dans plusieurs domaines d'expertise liés aux maladies cardiovasculaires, aux traitements et aux surspécialités.

Les éléments de données et les définitions de ce chapitre concernent l'insuffisance cardiaque, et complètent le chapitre des éléments fondamentaux.

Le présent dictionnaire contient également des éléments de données de soutien et des définitions pour les catalogues électroniques d'indicateurs de qualité de la Société canadienne de cardiologie pour l'insuffisance cardiaque. Les éléments de données contenus dans le présent dictionnaire ont été catégorisés dans les niveaux de classement suivants :

ESSENTIEL : Ce sont les éléments de données minimaux recommandés que l'on utilisera comme norme pour produire des rapports sur les principaux indicateurs de qualité ainsi que pour permettre la comparaison croisée avec d'autres centres à l'aide de ces éléments communs.

SPÉCIALISÉ : Un ensemble élargi d'éléments de données recommandés qui sera employé pour une collecte et une analyse de données approfondies.

Consultez le www.ccs.ca pour la dernière version des catalogues électroniques d'indicateurs de qualité de la SCC pour l'insuffisance cardiaque, ainsi que pour d'autres domaines.

Définitions

La section suivante donne la définition de la terminologie et des principaux indicateurs de résultat employés dans le présent dictionnaire de données, ainsi que la terminologie et les principaux indicateurs de résultat employés dans les catalogues électroniques d'indicateurs de qualité pour l'insuffisance cardiaque.

TERMINOLOGIE	
Terme	Définition
Insuffisance cardiaque	Syndrome clinique caractérisé par une anomalie du fonctionnement cardiaque systolique ou diastolique et les symptômes qui en résultent, à savoir un faible débit cardiaque, une congestion veineuse ou une congestion causée par une anomalie du fonctionnement myocardique.
Insuffisance cardiaque aiguë	Insuffisance cardiaque avec des signes et symptômes nouveaux ou en voie d'aggravation se manifestant pendant une période de moins de 30 jours.
Insuffisance cardiaque chronique	Voir « insuffisance cardiaque congestive » Voir « insuffisance cardiaque stable chronique »
Insuffisance cardiaque nouvellement diagnostiquée	Insuffisance cardiaque diagnostiquée pour la première fois. Date de l'insuffisance cardiaque nouvellement diagnostiquée (AAAAMMJJ)
Documentation électrocardiographique (ECG)	ECG 12 dérivations, tracé du rythme, moniteur Holter, électrogrammes intracardiaques ou enregistreur d'événements, ou activité électrique du cœur mesurée par tout dispositif implanté qui ne comporte pas d'électrode intracardiaque.
Valvulopathie mitrale rhumatismale	Puisque la régurgitation mitrale rhumatismale ne peut faire l'objet d'un diagnostic fiable sans spécimen pathologique, la « valvulopathie mitrale rhumatismale » est définie comme une sténose mitrale (généralement diagnostiquée par échocardiographie) dont la gravité est modérée ou élevée (surface valvulaire $\leq 1,5 \text{ cm}^2$ [Source : BSE Echocardiography: Guidelines for Valve Quantification]).
Insuffisance cardiaque admissible	L'épisode d'insuffisance cardiaque qui a donné lieu à la première entrée dans la base de données, qu'il s'agisse d'un nouveau diagnostic ou non. Date de l'insuffisance cardiaque admissible (AAAAMMJJ)
Prise en charge de l'insuffisance cardiaque	Méthode de traitement de l'insuffisance cardiaque qui comprend le suivi en cours, la prestation de séances d'éducation du patient et de sa famille, la formation relative aux compétences d'autogestion.
Antécédents documentés	Un médecin a informé le patient de ce diagnostic ou il y a dans le dossier médical une note au sujet de ce diagnostic ou événement.

PRINCIPAUX INDICATEURS DE RÉSULTAT	
Traitement par IV	<p>Tout traitement administré par voie intraveineuse dans le but d'améliorer la maîtrise de l'insuffisance cardiaque comme le sodium (Na), le potassium (K), l'azote uréique du sang et la créatinine.</p>
AVC	<p>L'accident vasculaire cérébral, ou AVC, consiste en un épisode aigu d'un déficit neurologique focal d'origine vasculaire présumée qui dure ≥24 heures ou qui entraîne la mort. L'AVC [est] [peut être] dit ischémique ou hémorragique, ou alors sa cause peut être inconnue (selon la tomographie par ordinateur, la résonance magnétique ou l'autopsie) [mais dans ce dernier cas, tous les AVC sont inclus]. On parle d'AVC fatal quand le patient décède dans les 30 jours d'un AVC, quelle que soit la cause exacte du décès. [Inspiré de la source : Am Heart J 2009;157:810.e1]</p> <p>L'AVC doit être confirmé par imagerie du cerveau (tomographie par ordinateur ou résonance magnétique) ou par une autopsie.</p> <p>Date de l'AVC (AAAAMMJJ) : date de début des symptômes de l'AVC</p> <p>Résultat CHA₂DS₂VASc au moment de l'AVC = résultat CHA₂DS₂-VASc</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Score = 0 2. Score = 1 3. Score = 2 4. Score = 3 5. Score = 4 ou plus 6. Score inconnu/incertain <p>Traitement antithrombotique au moment de l'AVC = traitement antithrombotique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun traitement antithrombotique 2. Traitement aux anticoagulants seulement <ol style="list-style-type: none"> i. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K ii. Dabigatran iii. Rivaroxaban iv. Apixaban 3. Traitement antiplaquettaire seulement 4. Traitement antiplaquettaire et aux anticoagulants <ol style="list-style-type: none"> i. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K ii. Dabigatran iii. Rivaroxaban iv. Apixaban 5. Inconnu/Incertain

<p>Contre-indication aux anticoagulants</p>	<p>Liste d'exemples de l'étude ROCKET AF :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saignement interne actif • Antécédents de risques accrus de saignement (ou maladie associée à une hausse des risques), y compris : <ul style="list-style-type: none"> ○ une intervention chirurgicale majeure ou un traumatisme dans les 30 jours précédant l'aléation; ○ un saignement gastro-intestinal cliniquement significatif dans les 6 mois précédant l'aléation; ○ des antécédents de saignement intracrânien, intra-oculaire ou rachidien, ou de saignement intra-articulaire non traumatique; ○ un trouble hémorragique chronique; ○ un néoplasme intracrânien, une malformation artérioveineuse ou un anévrisme connu; ○ une intervention effractive prévue susceptible de déclencher un saignement non maîtrisé (par ex. une chirurgie majeure). <p>[Source : Am Heart J 2010;159:340-7.e1]</p> <p>Date à laquelle la contre-indication a été notée pour la première fois (AAAAMMJJ)</p>
<p>Embolie systémique</p>	<p>L'embolie systémique est une occlusion vasculaire aiguë des extrémités ou d'un organe (reins, artères mésentériques, rate, rétine ou greffons) et doit être documentée par angiographie, par chirurgie, par scintigraphie ou par autopsie. [Inspiré de la source : Am Heart J 2009;157:810.e1]</p> <p>Date de l'embolie systémique (AAAAMMJJ) : date du début des symptômes de l'embolie systémique</p> <p>Résultat CHA₂DS₂VASc au moment de l'embolie systémique = résultat CHA₂DS₂-VASc</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Score = 0 2. Score = 1 3. Score = 2 4. Score = 3 5. Score = 4 ou plus 6. Score inconnu/incertain <p>Traitement antithrombotique au moment de l'embolie systémique = traitement antithrombotique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun traitement antithrombotique 2. Traitement aux anticoagulants seulement <ol style="list-style-type: none"> i. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K ii. Dabigatran iii. Rivaroxaban iv. Apixaban 3. Traitement antiplaquettaire seulement 4. Traitement antiplaquettaire et aux anticoagulants <ol style="list-style-type: none"> i. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K ii. Dabigatran iii. Rivaroxaban iv. Apixaban 5. Inconnu/Incertain

ICT	<p>Comme l'AVC, mais les symptômes prennent fin en <24 h et aucune imagerie n'a prouvé la présence d'un infarctus cérébral ou d'une hémorragie.</p> <p>Date de l'ICT (AAAAMMJJ) : date de début des symptômes de l'ICT</p> <p>Résultat CHA₂DS₂VASc au moment de l'ICT = résultat CHA₂DS₂-VASc</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Score = 0 2. Score = 1 3. Score = 2 4. Score = 3 5. Score = 4 ou plus 6. Score inconnu/incertain <p>Traitement antithrombotique au moment de l'ICT = traitement antithrombotique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun traitement antithrombotique 2. Traitement aux anticoagulants seulement <ol style="list-style-type: none"> i. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K ii. Dabigatran iii. Rivaroxaban iv. Apixaban 3. Traitement antiplaquettaire seulement 4. Traitement antiplaquettaire et aux anticoagulants <ol style="list-style-type: none"> i. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K ii. Dabigatran iii. Rivaroxaban iv. Apixaban 5. Inconnu/Incertain
-----	--

Hémorragie majeure	<p>Une hémorragie majeure est définie comme étant ≥ 1 des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un saignement apparent associé à une réduction du niveau d'hémoglobine d'au moins 2,0 g/L; • un saignement apparent nécessitant une transfusion d'au moins 2 U de sang ou de concentré de globules; • un saignement symptomatique dans un endroit critique ou dans un organe (par ex. intra-oculaire, intracrânien, intraspinal ou intramusculaire) avec un syndrome des loges, un saignement rétro-péritonéal, un saignement intra-articulaire ou un saignement péricardique. <p>[Inspiré de la source : Am Heart J 2009;157:810.e2]</p> <p>Dans le catalogue électronique d'indicateurs de qualité sur la fibrillation auriculaire, l'analyse en coupe est basée sur l'hospitalisation pour hémorragie majeure, tel que défini plus haut.</p> <p>Date du saignement majeur (AAAAMMJJ) = date de début des symptômes de saignement ou de détection du saignement apparent, quand il est asymptomatique</p> <p>Résultat CHA₂DS₂VASc au moment de l'ICT = résultat CHA₂DS₂-VASc</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Score = 0 2. Score = 1 3. Score = 2 4. Score = 3 5. Score = 4 ou plus 6. Score inconnu/incertain <p>Traitement antithrombotique au moment de l'hémorragie majeure = traitement antithrombotique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun traitement antithrombotique 2. Traitement aux anticoagulants seulement <ol style="list-style-type: none"> i. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K ii. Dabigatran iii. Rivaroxaban iv. Apixaban 3. Traitement antiplaquettaire seulement 4. Traitement antiplaquettaire et aux anticoagulants <ol style="list-style-type: none"> i. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K ii. Dabigatran iii. Rivaroxaban iv. Apixaban 5. Inconnu/Incertain
Hospitalisation CV	<p>La raison principale de l'hospitalisation était cardiovasculaire; classée par raison(s) d'hospitalisation (cocher toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestion du rythme de la fibrillation ou du flutter auriculaire 2. Saignement 3. IC aigüe 4. IM 5. Autre syndrome coronarien aigu 6. Gestion du rythme pour une autre tachycardie supraventriculaire 7. Prise en charge de la bradycardie 8. Gestion du rythme pour la tachycardie ventriculaire, la fibrillation ventriculaire ou la mort subite d'origine cardiaque 9. Autre, précisez <p>Date de l'hospitalisation CV (AAAAMMJJ)</p>

Hospitalisation non CV seulement	<p>La raison principale de l'hospitalisation n'était pas cardiovasculaire et aucun problème CV secondaire n'a été remarqué pendant l'hospitalisation</p> <p>Date de l'hospitalisation non CV (AAAAMMJJ)</p>
Hospitalisation non CV avec problème CV secondaire	<p>La raison principale de l'hospitalisation n'était pas cardiovasculaire, mais le patient a été atteint d'un problème CV secondaire pendant l'hospitalisation; caractérisé par le(s) problème(s) CV suivant(s) (cocher toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestion du rythme pour la fibrillation ou le flutter auriculaire 2. Saignement 3. IC aigüe 4. IM 5. Autre syndrome coronarien aigu 6. Gestion du rythme pour une autre tachycardie supraventriculaire 7. Prise en charge de la bradycardie 8. Gestion du rythme pour la tachycardie ventriculaire, la fibrillation auriculaire ou la mort subite d'origine cardiaque 9. Autre, précisez <p>Date de l'hospitalisation non CV avec problème CV secondaire (AAAAMMJJ)</p>
Visite à l'urgence CV (suivie ou non par une admission à l'hôpital)	<p>La raison principale de la visite à l'urgence était cardiovasculaire; classée par raison(s) de la visite à l'urgence (cocher toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestion du rythme de la fibrillation ou du flutter auriculaire 2. Saignement 3. IC aigüe 4. IM 5. Autre syndrome coronarien aigu 6. Gestion du rythme pour une autre tachycardie supraventriculaire 7. Prise en charge de la bradycardie 8. Gestion du rythme pour la tachycardie ventriculaire, la fibrillation ventriculaire ou la mort subite d'origine cardiaque 9. Autre, précisez <p>Date de la visite à l'urgence CV (AAAAMMJJ)</p>
Perdu de vue	<p>Le patient a été perdu de vue de façon permanente en raison d'un déménagement, ou alors il ne se trouve plus dans la base de données pour n'importe quelle raison, administrative ou autre.</p> <p>Date du dernier contact (AAAAMMJJ)</p>

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE 1 – DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES	10
PARTIE 2 – ANTÉCÉDENTS ET FACTEURS DE RISQUE	11
A. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET COMORBIDITÉS	11
B. ANTÉCÉDENTS CARDIOVASCULAIRES	14
C. ÉTIOLOGIE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE.....	15
PARTIE 3 – Symptômes et évaluation de la capacité fonctionnelle	16
PARTIE 4 – Examen physique et signes vitaux pour l'épisode de soins.....	18
PARTIE 5 – MÉDICAMENTS	19
A. AVANT LA CONSULTATION	19
B. PENDANT LA CONSULTATION MÉDICALE	23
C. AU MOMENT DU CONGÉ	27
PARTIE 6 – DISPOSITIFS	32
A. DISPOSITIFS CARDIAQUES IMPLANTABLES (CARDIOSTIMULATEURS, DÉFIBRILLATEURS ET DISPOSITIFS DE SURVEILLANCE)	32
B. DISPOSITIFS D'ASSISTANCE CARDIAQUE MÉCANIQUE	33
PARTIE 7 – Résultats d'analyse.....	36
PARTIE 8 – TESTS DIAGNOSTIQUES	39
PARTIE 9 – COUNSELING	43
PARTIE 10 – Épisode de soins	44
A. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES	44
B. TRANSFERT INTERHOSPITALIER	45
C. INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES EFFRACTIVES.....	46
D. PENDANT L'HOSPITALISATION.....	47
E. ASSISTANCE CIRCULATOIRE/VENTILATION ASSISTÉE.....	48
F. AU MOMENT DU CONGÉ DE L'HÔPITAL	48
PARTIE 11 – Résultats	50
REMERCIEMENTS	51
AVERTISSEMENT	51
COPYRIGHT	51

PARTIE 1 – DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Remarque : La totalité des éléments de données et des définitions des données démographiques sont définis dans le chapitre du dictionnaire de données sur les éléments fondamentaux.

PARTIE 2 – ANTÉCÉDENTS ET FACTEURS DE RISQUE

– Indiquez la DATE à laquelle les données ont été obtenues (AAAAMMJJ)

REMARQUE : Les éléments de données et les définitions suivants concernent ce chapitre et complètent la section sur les antécédents et les facteurs de risque du chapitre du dictionnaire de données sur les éléments fondamentaux.

A. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET COMORBIDITÉS

REMARQUE : Comprend toute occurrence entre la naissance et le présent épisode de soins, sauf indication contraire.

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Antécédents de démence	SPÉCIALISÉ	Le patient a des antécédents documentés de démence, de maladie d'Alzheimer, de confusion chronique (d'une durée d'au moins un mois), ou de sénilité. 1. Oui 2. Non 3. Inconnu
Antécédents de dépression	SPÉCIALISÉ	Le patient a des antécédents documentés de dépression ayant fait l'objet d'un traitement, ou prend actuellement des antidépresseurs. 1. Oui 2. Non 3. Inconnu
Antécédents d'apnée du sommeil	SPÉCIALISÉ	Le patient a des antécédents documentés d'apnée du sommeil. 1. Oui Dans l'affirmative, précisez : a. Centrale b. Obstructive c. Mixte d. Inconnu Dans l'affirmative, la ventilation en pression positive continue ou la ventilation en pression positive à double niveau est-elle utilisée? a. Oui b. Non 2. Non 3. Inconnu
Antécédents de maladie du foie	SPÉCIALISÉ	Le patient a des antécédents documentés d'hépatite chronique ou de cirrhose. 1. Oui 2. Non 3. Inconnu
Antécédents d'anémie	SPÉCIALISÉ	Le patient a des antécédents documentés d'anémie. 1. Oui 2. Non 3. Inconnu
Antécédents d'asthme	SPÉCIALISÉ	Le patient a des antécédents documentés d'asthme/d'affection respiratoire réactionnelle. 1. Oui 2. Non 3. Inconnu
Antécédents de dérèglement thyroïdien	SPÉCIALISÉ	Le patient a des antécédents documentés de dérèglement thyroïdien. 1. Oui Dans l'affirmative, précisez a. Hypothyroïdien b. Hyperthyroïdien c. Inconnu 2. Non 3. Inconnu

Antécédents d'exposition à une chimiothérapie cardiotoxique	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a des antécédents documentés d'exposition à une chimiothérapie cardiotoxique.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> Dans l'affirmative, sélectionnez la classe : <ol style="list-style-type: none"> a. Anthracyclines : adriamycine, daunorubicine, doxorubicine, épiburubine, idarubicine, etc. b. Mitoxantrone c. Cyclophosphamide d. Mitomycine C e. Trastuzumab (Herceptin) f. Inhibiteur de la tyrosine-kinase g. Autre, précisez h. Inconnu 2. Non 3. Inconnu
Antécédents de radiothérapie thoracique	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a des antécédents documentés de radiothérapie thoracique.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> Dans l'affirmative, précisez : <ol style="list-style-type: none"> a. La radiothérapie a été reçue <ol style="list-style-type: none"> i) avant l'âge de 20 ans ii) après l'âge de 20 ans b. Emplacement <ol style="list-style-type: none"> i) médiastin ii) thorax iii) sein iv) autre, précisez c. Dose totale de radiation (mCu) 2. Non 3. Inconnu
Antécédents de consommation d'alcool/dépendance à l'alcool	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a des antécédents documentés de consommation d'alcool/dépendance à l'alcool.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> Dans l'affirmative, catégorisez les antécédents de consommation d'alcool <ol style="list-style-type: none"> a. Ancien b. Actuel <ol style="list-style-type: none"> i. < 14 unités* par semaine ii. ≥ 14 unités* par semaine 2. Non 3. Inconnu <p>* Unité = 1 oz (29,6 ml) de spiritueux = 1 bière = 1 verre de vin</p>
Antécédents de toxicomanie	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a des antécédents documentés de toxicomanie.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> Dans l'affirmative, précisez <ol style="list-style-type: none"> a) cocaïne/crack b) amphétamine c) opiacés/héroïne d) autre, précisez 2. Non 3. Inconnu
VIH	SPÉCIALISÉ	<p>La séropositivité (VIH) du patient est documentée.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Inconnu

Antécédents de tumeur(s) maligne(s)	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a des antécédents documentés de cancer, à l'exception des cancers de la peau autres que le mélanome.</p> <p>1. Oui Dans l'affirmative, précisez le site du cancer. Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent et indiquez la date du premier diagnostic, si elle est connue.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sein b) col de l'utérus c) poumon d) ovaire e) prostate f) colon g) foie h) os i) amylose j) leucémie/lymphome k) autre, précisez <p>Dans l'affirmative, précisez la forme de traitement du cancer. Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) chimiothérapie b) radiothérapie c) chirurgie d) transplantation e) autre, précisez <p>2. Non 3. Inconnu</p>
Antécédents de maladies musculaires primitives	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a des antécédents documentés de maladies musculaires primitives.</p> <p>1. Oui Dans l'affirmative, précisez :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) dystrophie musculaire b) myasthénie c) dermatomyosite d) autre, précisez <p>2. Non 3. Inconnu</p>
Antécédents d'arthrite ou de collagénose avec manifestations vasculaires	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a des antécédents documentés d'arthrite ou de collagénose avec manifestations vasculaires.</p> <p>1. Oui Dans l'affirmative, précisez toutes les réponses qui s'appliquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) lupus érythémateux b) sclérodermie c) ostéoarthrite d) goutte e) polyarthrite rhumatoïde f) arthropathie séronégative g) autre, précisez <p>2. Non 3. Inconnu</p>
Antécédents d'immunisation contre la grippe	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a des antécédents documentés d'immunisation contre la grippe.</p> <p>1. Oui Dans l'affirmative, il convient de noter le mois et l'année de la vaccination la plus récente.</p> <p>2. Non 3. Inconnu</p>
Antécédents d'immunisation contre les infections à pneumocoque	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a des antécédents documentés d'immunisation contre les infections à pneumocoque.</p> <p>1. Oui Dans l'affirmative, il convient de noter le mois et l'année de la vaccination la plus récente.</p> <p>2. Non 3. Inconnu</p>

B. ANTÉCÉDENTS CARDIOVASCULAIRES

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Antécédents de maladie, de syndrome ou de substrat arythmogène	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a des antécédents documentés de n'importe lequel des troubles arythmogènes suivants. Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) aucun b) tachycardie ventriculaire/fibrillation c) cardiomyopathie arythmogène du ventricule droit d) syndrome de Brugada e) syndrome de Wolff-Parkinson-White f) syndrome du QT long g) cardiomyopathie hypertrophique h) inconnu
Antécédents familiaux de mort subite d'origine cardiaque	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a des antécédents familiaux de mort subite d'origine cardiaque (parent, fratrie ou enfant), définie comme une mort naturelle de cause cardiaque, dans l'heure de la survenue ou de l'évolution d'un symptôme cardiovasculaire. Le moment du décès et la cause du décès sont inattendus, même si la présence d'une cardiopathie était peut-être déjà connue. Une mort subite sans cause évidente est considérée comme une mort subite d'origine cardiaque. Une mort en l'absence d'observateurs sans indication de nouveaux symptômes CV est considérée comme une mort subite d'origine cardiaque.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Inconnu <p>Il est possible de préciser l'âge au moment de la mort subite d'origine cardiaque.</p>
Antécédents de valvulopathie	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a des antécédents documentés de valvulopathie primitive ou des antécédents de valvulopathie d'une autre étiologie. Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Oui <ul style="list-style-type: none"> Dans l'affirmative, peut comprendre : <ul style="list-style-type: none"> a. Antécédents de fièvre rhumatismale/cardite rhumatismale (habituellement déterminés par correspondance avec des critères de majeur et mineur) <ul style="list-style-type: none"> i. Oui ii. Non iii. Inconnu b. Antécédents de valvulopathie avec résultats d'échocardiographie laissant penser à une valvulopathie rhumatismale ou permettant d'établir ce diagnostic. <ul style="list-style-type: none"> i. Oui ii. Non iii. Inconnu c. Congénitale (présente à la naissance ou en association avec un syndrome de cardiopathie congénitale) d. Dégénérative (apparition à l'âge adulte, habituellement après 50 ans) e. Infectieuse (acquise en tant que séquelles d'une endocardite infectieuse) f. Toxique (par exemple, par résultat de l'exposition à la fenfluramine, phentermine, dexfenfluramine) g. Myxomateuse h. Autre (précisez) i. Inconnu 2. Non 3. Inconnu <p>Il peut être utile de préciser la valvule touchée et l'année du premier épisode.</p>

Antécédents de lésions cardiaques congénitales	ESSENTIEL	<p>Le patient a des antécédents documentés de lésions cardiaques congénitales. Indiquez également si la ou les lésions ont fait l'objet d'une intervention chirurgicale. Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui <p>Dans l'affirmative, précisez chaque type, en indiquant s'il y a eu une intervention chirurgicale :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Cyanogène <ol style="list-style-type: none"> i. Transposition congénitale corrigée ii. Maladie d'Ebstein iii. Hypoplasie du ventricule gauche iv. Atrésie pulmonaire v. Ventricule unique vi. Tétralogie de Fallot vii. Retour veineux pulmonaire anormal total viii. Transposition des gros vaisseaux ix. Atrésie tricuspидienne x. Truncus arteriosus xi. Autre, précisez b. Non-cyanogène <ol style="list-style-type: none"> i. Sténose aortique ii. Communication interauriculaire iii. Canal atrioventriculaire iv. Coarctation de l'aorte v. Persistance du canal artériel vi. Sténose pulmonaire vii. Communication interventriculaire viii. Autre, précisez 2. Non 3. Inconnu
---	-----------	--

C. ÉTIOLOGIE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Étiologie de l'insuffisance cardiaque	SPÉCIALISÉ	<p>Étiologie de l'insuffisance cardiaque. Sélectionnez <u>toutes</u> les réponses qui s'appliquent et précisez l'étiologie primaire et/ou secondaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ischémique/coronaropathie 2. Valvulaire 3. Infiltrant - amyloïde 4. Infiltrant – sarcoïde 5. Liée à une surcharge en fer 6. Myocardite 7. Hypertrophique 8. Hypertensive 9. Idiopathique 10. Causée par une tachyarythmie 11. Familiale 12. Cardiomyopathie arythmogène du ventricule droit 13. Liée à la toxicomanie 14. Alcoolique 15. Grossesse 16. Chimiothérapie 17. Autre, précisez

PARTIE 3 – SYMPTÔMES ET ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE

- Indiquez la DATE à laquelle les données ont été obtenues (AAAAMMJJ)

REMARQUE : Les éléments de données et les définitions suivants concernent ce chapitre et complètent la section sur les symptômes du chapitre du dictionnaire de données sur les éléments fondamentaux.

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Dyspnée au repos	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient décrit une sensation fréquente de malaise respiratoire lorsqu'il est au repos en position assise. 1. Oui 2. Non La date d'installation et la durée peuvent être utiles.
Dyspnée à l'effort	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient décrit une sensation de malaise respiratoire lorsqu'il fait un effort. 1. Oui Dans l'affirmative, indiquez le degré d'activité requis pour produire des symptômes de dyspnée. a. Courir ou autre sport (précisez le sport) b. Marcher sur une surface en pente (précisez la distance) c. Marcher sur une surface plate (précisez la distance) d. Prendre une pause pendant l'habillement e. Se tenir debout (précisez la durée) f. Autre activité (c'est-à-dire magasinage ou travaux ménagers), précisez 2. Non La date d'installation et la durée peuvent être utiles.
Orthopnée	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient décrit au moins un des éléments suivants : 1. Sensation de malaise respiratoire en position couchée 2. Utilisation de 3 oreillers ou plus ou d'un fauteuil ou d'un fauteuil inclinable afin de respirer sans malaise pendant le sommeil. 3. Une toux récurrente en position couchée sans autre cause connue peut être considérée comme un équivalent de l'orthopnée. 4. Aucun des incidents ci-dessus La date d'installation et la durée peuvent être utiles.
Dyspnée paroxystique nocturne	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient décrit des réveils soudains avec une sensation de malaise respiratoire, ou dans un état général de détresse soulagé par la position verticale. Toute description du symptôme indiquant une durée de plus de 5 minutes est considérée comme positive. 1. Oui 2. Non La date d'installation et la durée peuvent être utiles.
Enflure	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient signale de l'enflure des extrémités ou un ballonnement de l'abdomen ou d'autres parties du corps. 1. Oui 2. Non La date d'installation et la durée peuvent être utiles.
Fatigue	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient décrit une fatigue inhabituelle et une incapacité de mener ses activités habituelles. 1. Oui 2. Non La date d'installation et la durée peuvent être utiles.

Syncope	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient décrit une perte de connaissance subite non liée à l'anesthésie, avec un rétablissement spontané observé par le patient ou par une autre personne. Les patients qui subissent une perte de connaissance avant un choc produit par un défibrillateur cardiaque implantable sont considérés comme ayant subi une syncope. 1. Oui 2. Non La date de l'épisode le plus récent peut être utile.
ÉVALUATION FONCTIONNELLE ET CLASSIFICATION DE LA MALADIE		
Capacité fonctionnelle de la NYHA[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Stade de l'insuffisance cardiaque ACC/AHA	SPÉCIALISÉ	Indiquez le stade d'insuffisance cardiaque de l'ACC/AHA : A. Patient à risque élevé d'insuffisance cardiaque, mais avec une architecture cardiaque normale. B. Patient avec une pathologie touchant l'architecture cardiaque, mais qui n'a jamais eu de symptômes d'insuffisance cardiaque. C. Patient avec des antécédents d'insuffisance cardiaque ou des symptômes actuels combinés à une pathologie touchant l'architecture cardiaque. D. Patient à un stade terminal de la maladie qui a besoin d'une stratégie de traitement SPÉCIALISÉE comme une assistance circulatoire mécanique, une thérapie inotropique en perfusion continue, une transplantation cardiaque ou des soins palliatifs.

PARTIE 4 – EXAMEN PHYSIQUE ET SIGNES VITAUX POUR L'ÉPISODE DE SOINS

- Indiquez la DATE à laquelle les données ont été obtenues (AAAAMMJJ)

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Fréquence cardiaque*	SPÉCIALISÉ	Indiquez la première fréquence cardiaque enregistrée du patient (en battements à la minute). Remarque : Si la valeur est de zéro, utilisez la première lecture pouvant être obtenue. <i>* L'élément de données et la définition proviennent du dictionnaire de données du syndrome coronarien aigu et sont reproduits ici pour l'uniformité.</i>
Pression artérielle systolique*	ESSENTIEL	Indiquez la première pression artérielle systolique (mm Hg) enregistrée du patient. Remarque : Si la valeur est de zéro, utilisez la première lecture pouvant être obtenue. Prenez note du bras utilisé. <i>* L'élément de données et la définition proviennent du dictionnaire de données du syndrome coronarien aigu et sont reproduits ici pour l'uniformité.</i>
Pression artérielle diastolique*	SPÉCIALISÉ	Indiquez la première pression artérielle diastolique (mm Hg) enregistrée du patient. Remarque : Si la valeur est de zéro, utilisez la première lecture pouvant être obtenue. Prenez note du bras utilisé. <i>* L'élément de données et la définition proviennent du dictionnaire de données du syndrome coronarien aigu et sont reproduits ici pour l'uniformité.</i>
Pression veineuse jugulaire	SPÉCIALISÉ	Mesurez la hauteur au-dessus de l'angle sternal (cm).
Reflux hépatojugulaire	SPÉCIALISÉ	Indiquez la présence ou l'absence de reflux hépatojugulaire. 1. Positif 2. Négatif
Fréquence respiratoire	SPÉCIALISÉ	Indiquez la première fréquence respiratoire enregistrée du patient en cycles respiratoires par minute.
Troisième bruit	SPÉCIALISÉ	Indiquez la présence ou l'absence d'un troisième bruit. 1. Présent 2. Absent
Quatrième bruit	SPÉCIALISÉ	Indiquez la présence ou l'absence d'un quatrième bruit. 1. Présent 2. Absent
Examen des poumons	SPÉCIALISÉ	Indiquez les résultats de l'examen des poumons. Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent. 1. Normal 2. Râles 3. Sifflement 4. Respiration assourdie, ou son sourd à la percussion
Œdème périphérique	SPÉCIALISÉ	Indiquez la présence ou l'absence d'un œdème périphérique. 1. Présent 2. Absent
Ascite	SPÉCIALISÉ	Indiquez la présence ou l'absence d'ascite. 1. Présent 2. Absent
Hépatomégalie	SPÉCIALISÉ	Indiquez la présence ou l'absence d'hépatomégalie. 1. Présent 2. Absent

PARTIE 5 – MÉDICAMENTS

REMARQUE : Les éléments de données et les définitions fournis ici sont propres au chapitre et complètent la section des médicaments dans le chapitre du dictionnaire de données sur les éléments fondamentaux.

A. AVANT LA CONSULTATION

- Indiquez la DATE à laquelle les données ont été obtenues (AAAAMMJJ)

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Aspirine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Clopidogrel[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Prasugrel[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Ticagrélor[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Digoxine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Antiarythmiques[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Carvédilol	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris du carvedilol régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Bisoprolol	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris du bisoprolol régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Métoprolol	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris du métoprolol régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Autre bêtabloquant	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris d'autres bêtabloquants régulièrement avant la présente consultation. 1. Dans l'affirmative, précisez le ou les médicament(s) en question. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Inhibiteurs d'ECA	ESSENTIEL	Indiquez si le patient prenait régulièrement des inhibiteurs d'ECA avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II	ESSENTIEL	Indiquez si le patient a pris régulièrement des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Warfarine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.

Dabigatran	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris du dabigatran régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Rivaroxaban	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris du rivaroxaban régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Apixaban	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris de l'apixaban régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Diurétiques de l'anse de Henle	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient prenait régulièrement des diurétiques de l'anse de Henle avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Métolazone	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris régulièrement de la métolazone avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Diurétiques thiazidiques autres que la métolazone	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient prenait régulièrement des diurétiques thiazidiques autres que la métolazone avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient prenait régulièrement des antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes (spironolactone ou éplérénone) avant la présente consultation. 1. Oui, précisez. a. Spironolactone b. Éplérénone c. Autre, précisez 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Autre agent diurétique	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris tout autre agent diurétique régulièrement avant la présente consultation. 1. Dans l'affirmative, précisez le ou les médicament(s) en question. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Inhibiteurs directs de la rénine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Statines[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Autres agents de réduction des lipides[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.

Insuline[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Antihyperglycémiant oraux[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Médicaments injectables autres que l'insuline[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Inhibiteurs calciques de la classe des dihydropyridines[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Inhibiteurs calciques non dihydropyridine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Ivabradine	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris régulièrement ivabradine avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Suppléments de potassium ou de magnésium	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris des suppléments de potassium ou de magnésium régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui, précisez. a. Potassium b. Magnésium 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Agents inotropes intraveineux	SPÉCIALISÉ	Indiquez si on a administré au patient un agent inotrope positif intraveineux avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Nésiritide intraveineux	SPÉCIALISÉ	Indiquez si on a administré au patient du nésiritide intraveineux avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Agents vasodilatateurs intraveineux	SPÉCIALISÉ	Indiquez si on a administré au patient un vasodilatateur intraveineux avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Antagoniste des récepteurs de la vasopressine oral ou intraveineux	SPÉCIALISÉ	Indiquez si on a administré au patient un antagoniste des récepteurs de la vasopressine oral ou intraveineux avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Sulfate de morphine	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris du sulfate de morphine régulièrement avant la présente consultation. L'indication peut être pour la douleur ou l'œdème pulmonaire. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré

Hydromorphone	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris de l'hydromorphone régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Fentanyl	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris du fentanyl régulièrement avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Nitrates	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris des nitrates régulièrement avant la présente consultation. La nitroglycérine a différentes voies d'administration comme topique, orale ou sublinguale. Les pompes ou les comprimés de nitroglycérine utilisés uniquement au besoin doivent être indiqués ici comme sublinguaux. 1. Oui a. Topique b. Oral c. Sublingual 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Hydralazine	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris régulièrement de l'hydralazine avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Traitement à l'oxygène	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a utilisé régulièrement un traitement à l'oxygène <u>d'une manière chronique</u> avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Hormonothérapie substitutive chez les femmes	SPÉCIALISÉ	Indiquez si la patiente a utilisé régulièrement l'hormonothérapie substitutive avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Hormonothérapie substitutive chez les hommes	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a utilisé régulièrement l'hormonothérapie substitutive pour hommes avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Bronchodilatateur pour inhalation	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a utilisé régulièrement un bronchodilatateur pour inhalation avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré

Corticostéroïde en inhalation	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a utilisé régulièrement un corticostéroïde en inhalation avant la présente consultation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris n'importe quel anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) régulièrement avant la présente consultation. Comme les AINS sont généralement contre-indiqués chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, il convient de prendre note de l'indication précise justifiant leur utilisation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Vitamines, compléments alimentaires, et autres traitements sans ordonnance	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a pris régulièrement des vitamines, des compléments alimentaires ou des traitements homéopathiques avant la présente consultation. 1. Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser 2. Non

B. PENDANT LA CONSULTATION MÉDICALE

- Indiquez la DATE à laquelle les données ont été obtenues (AAAAMMJJ)

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Aspirine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Clopidogrel[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Prasugrel[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Ticagrélor[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Digoxine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Antiarythmiques[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Carvédilol	SPÉCIALISÉ	Indiquez si du carvedilol a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Bisoprolol	SPÉCIALISÉ	Indiquez si du bisoprolol a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Métoprolol	SPÉCIALISÉ	Indiquez si du métoprolol a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Autre bêtabloquant	SPÉCIALISÉ	Indiquez si un ou plusieurs autres bêtabloquants ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Dans l'affirmative, précisez le ou les médicament(s) en question. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré

Inhibiteurs d'ECA	ESSENTIEL	Indiquez si des inhibiteurs d'ECA ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II	ESSENTIEL	Indiquez si des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Warfarine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Dabigatran	SPÉCIALISÉ	Indiquez si du dabigatran a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Rivaroxaban	SPÉCIALISÉ	Indiquez si du rivaroxaban a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Apixaban	SPÉCIALISÉ	Indiquez si de l'apixaban a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Diurétiques de l'anse de Henle	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des diurétiques de l'anse de Henle ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Métolazone	SPÉCIALISÉ	Indiquez si de la métolazone a été administrée à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Diurétiques thiazidiques autres que la métolazone	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des diurétiques thiazidiques autres que la métolazone ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré

Antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui, précisez. a. Spironolactone b. Éplérénone c. Autre, précisez 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Autre agent diurétique	SPÉCIALISÉ	Indiquez si tout autre agent diurétique a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Dans l'affirmative, précisez le ou les médicament(s) en question. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Inhibiteurs directs de la rénine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Statines[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Autres agents de réduction des lipides[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Insuline[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Antihyperglycémiant oraux[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Médicaments injectables autres que l'insuline[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Inhibiteurs calciques de la classe des dihydropyridines[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Inhibiteurs calciques non dihydropyridine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Ivabridine	SPÉCIALISÉ	Indiquez si de l'ivabridine a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Suppléments de potassium ou de magnésium	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des suppléments de potassium ou de magnésium ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui, précisez. a. Potassium b. Magnésium 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Agents inotropes intraveineux	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des agents inotropes positifs ont été administrés par voie intraveineuse à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Nésiritide intraveineux	SPÉCIALISÉ	Indiquez si du nésiritide a été administré par voie intraveineuse à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré

Agents vasodilatateurs intraveineux	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des agents vasodilatateurs ont été administrés par voie intraveineuse à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Antagoniste des récepteurs de la vasopressine oral ou intraveineux	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des antagonistes des récepteurs de la vasopressine ont été administrés par voie orale ou par voie intraveineuse à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Sulfate de morphine	SPÉCIALISÉ	Indiquez si du sulfate de morphine a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. L'indication peut être pour la douleur ou l'œdème pulmonaire. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Hydromorphone	SPÉCIALISÉ	Indiquez si de l'hydromorphone a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Fentanyl	SPÉCIALISÉ	Indiquez si du fentanyl a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Nitrates	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des nitrates ont été administrés à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. La nitroglycérine a différentes voies d'administration comme topique, orale ou sublinguale. Les pompes ou les comprimés de nitroglycérine utilisés uniquement au besoin doivent être indiqués ici comme sublinguaux. 1. Oui a. Topique b. Oral c. Sublingual 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Hydralazine	SPÉCIALISÉ	Indiquez si de l'hydralazine a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Traitement à l'oxygène	SPÉCIALISÉ	Indiquez si un traitement à l'oxygène pour usage chronique a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré

Hormonothérapie substitutive chez les femmes	SPÉCIALISÉ	Indiquez si une hormonothérapie substitutive pour femme a été administrée à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Hormonothérapie substitutive chez les hommes	SPÉCIALISÉ	Indiquez si une hormonothérapie substitutive pour homme a été administrée à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Bronchodilatateur pour inhalation	SPÉCIALISÉ	Indiquez si un bronchodilatateur pour inhalation a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Corticostéroïde en inhalation	SPÉCIALISÉ	Indiquez si un corticostéroïde en inhalation a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)	SPÉCIALISÉ	Indiquez si un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. Comme les AINS sont généralement contre-indiqués chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, il convient de prendre note de l'indication précise justifiant leur utilisation. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Vitamines, compléments alimentaires, et autres traitements sans ordonnance	SPÉCIALISÉ	Indiquez si une vitamine, un complément alimentaire ou un traitement homéopathique a été administré à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. 1. Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser 2. Non

C. AU MOMENT DU CONGÉ

- Indiquez la DATE à laquelle les données ont été obtenues (AAAAMMJJ)

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Aspirine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Clopidogrel[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Prasugrel[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Ticagrélor[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Digoxine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Antiarythmiques[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Carvédilol	SPÉCIALISÉ	Indiquez si du carvedilol a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré

Bisoprolol	SPÉCIALISÉ	Indiquez si du bisoprolol a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Métoprolol	SPÉCIALISÉ	Indiquez si du métoprolol a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Autre bêtabloquant	SPÉCIALISÉ	Indiquez si tout autre bêtabloquant a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Dans l'affirmative, précisez le ou les médicament(s) en question. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Inhibiteurs d'ECA	ESSENTIEL	Indiquez si un inhibiteur d'ECA a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II	ESSENTIEL	Indiquez si des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II ont été maintenus ou prescrits au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Warfarine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Dabigatran	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le dabigatran a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Rivaroxaban	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le rivaroxaban a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Apixaban	SPÉCIALISÉ	Indiquez si l'apixaban a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Diurétiques de l'anse de Henle	SPÉCIALISÉ	Indiquez si un diurétique de l'anse de Henle a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Métolazone	SPÉCIALISÉ	Indiquez si de la métolazone a été maintenue ou prescrite au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré

Diurétiques thiazidiques autres que la métolazone	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des diurétiques thiazidiques autres que la métolazone ont été maintenus ou prescrits au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes (spironolactone ou éplérénone) ont été maintenus ou prescrits au moment du congé. 1. Oui, précisez. a. Spironolactone b. Éplérénone c. Autre, précisez 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Autre agent diurétique	SPÉCIALISÉ	Indiquez si tout autre diurétique a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Dans l'affirmative, précisez le ou les médicament(s) en question. 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Inhibiteurs directs de la rénine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Statines[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Autres agents de réduction des lipides[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Insuline[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Antihyperglycémiant oraux[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Médicaments injectables autres que l'insuline[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Inhibiteurs calciques de la classe des dihydropyridines[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Inhibiteurs calciques non dihydropyridine[^]	SPÉCIALISÉ	[^] Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Ivabradine	SPÉCIALISÉ	Indiquez si de l'ivabradine a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Suppléments de potassium ou de magnésium	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des suppléments de potassium ou de magnésium ont été maintenus ou prescrits au moment du congé. 1. Oui, précisez. a. Potassium b. Magnésium 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Sulfate de morphine	SPÉCIALISÉ	Indiquez si du sulfate de morphine a été maintenu ou prescrit au moment du congé. L'indication peut être pour la douleur ou l'œdème pulmonaire. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré

Hydromorphone	SPÉCIALISÉ	Indiquez si de l'hydromorphone a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Fentanyl	SPÉCIALISÉ	Indiquez si du fentanyl a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Nitrates	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des nitrates ont été maintenus ou prescrits au moment du congé. La nitroglycérine a différentes voies d'administration comme topique, orale ou sublinguale. Il convient de noter dans cette catégorie la nitroglycérine utilisée uniquement au besoin. 1. Oui a. Topique b. Oral c. Sublingual 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Hydralazine	SPÉCIALISÉ	Indiquez si de l'hydralazine a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Traitement à l'oxygène	SPÉCIALISÉ	Indiquez si un traitement à l'oxygène pour un usage chronique a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Hormonothérapie substitutive chez les femmes	SPÉCIALISÉ	Indiquez si une hormonothérapie substitutive pour femme a été maintenue ou prescrite au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Hormonothérapie substitutive chez les hommes	SPÉCIALISÉ	Indiquez si une hormonothérapie substitutive pour homme a été maintenue ou prescrite au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Bronchodilatateur pour inhalation	SPÉCIALISÉ	Indiquez si un bronchodilatateur pour inhalation a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Corticostéroïde en inhalation	SPÉCIALISÉ	Indiquez si un corticostéroïde en inhalation a été maintenu ou prescrit au moment du congé. 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré

Médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)	SPÉCIALISÉ	Indiquez si un médicament anti-inflammatoire non stéroïdien a été maintenu ou prescrit au moment du congé. Comme les AINS sont généralement contre-indiqués chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, il convient de prendre note de l'indication précise justifiant leur utilisation. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Contre-indiqué 4. En aveugle 5. Non toléré
Vitamines, compléments alimentaires, et autres traitements sans ordonnance	SPÉCIALISÉ	Indiquez si des vitamines, des compléments alimentaires ou des traitements homéopathiques ont été maintenus ou prescrits au moment du congé. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser 2. Non

PARTIE 6 – DISPOSITIFS

- Indiquez la DATE à laquelle les données ont été obtenues (AAAAMMJJ)

A. DISPOSITIFS CARDIAQUES IMPLANTABLES (CARDIOSTIMULATEURS, DÉFIBRILLATEURS ET DISPOSITIFS DE SURVEILLANCE)

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Mise en place du dispositif	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a reçu un dispositif cardiaque implantable à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Dans l'affirmative, indiquez le type de dispositif et la date de la mise en place (AAAAMMJJ) : <ol style="list-style-type: none"> a. DCI à chambre unique (défibrillateur implantable à chambre unique seulement), date de mise en place b. DCI double chambre (défibrillateur cardiovertreur implantable double chambre), date de mise en place c. Stimulateur cardiaque biventriculaire sans défibrillateur, date de mise en place d. Stimulateur cardiaque biventriculaire avec défibrillateur, date de mise en place e. Stimulateur double chambre, date de mise en place f. Stimulateur à chambre unique, date de mise en place 2. Non
Orientation par	FACULTATIF	Spécialité du médecin qui a demandé la consultation pour la mise en place de l'implant. <ol style="list-style-type: none"> 1. Généraliste 2. Interniste 3. Cardiologue 4. Autre, précisez
Indication	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévention primaire Prophylaxie de la mort subite d'origine cardiaque chez le patient sans antécédents d'événement. S'il y a plusieurs indications, utilisez la raison de niveau inférieur comme indication primaire et la raison de niveau supérieur comme indication secondaire. 2. Prévention secondaire Prophylaxie de la mort subite d'origine cardiaque chez le patient ayant échappé à une mort subite d'origine cardiaque liée à une tachycardie ventriculaire ou à une fibrillation ventriculaire. 3. Syncope : Antécédents de syncope ou prévention de la syncope 4. Insuffisance cardiaque 5. Autre, précisez

B. DISPOSITIFS D'ASSISTANCE CARDIAQUE MÉCANIQUE

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Mise en place du dispositif	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a reçu un dispositif à un moment quelconque du présent épisode de soins de santé. Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Dans l'affirmative, indiquez le type de dispositif et la date de la mise en place (AAAAMMJJ).¹ <ol style="list-style-type: none"> a. DAVG, date de la mise en place b. DAVD, date de la mise en place c. Dispositif d'assistance biventriculaire, date de la mise en place d. Cœur artificiel total, date de mise en place e. Oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO), veuillez préciser : <ol style="list-style-type: none"> i. ECMO par voie veino-artérielle, date de mise en place ii. ECMO par voie veino-veineuse, date de mise en place f. Autre, précisez et date de mise en place 2. Non
Stratégie relative au dispositif	SPÉCIALISÉ	Indiquez quelle est la stratégie relative à cette implantation. <ol style="list-style-type: none"> 1. Attente d'une transplantation (le patient est sur une liste) 2. Attente de la guérison 3. Attente d'une décision, précisez : <ol style="list-style-type: none"> a. Bonnes chances d'être admissible à une transplantation. b. Chances modérées d'être admissible à une transplantation. c. Peu de chances d'être admissible à une transplantation. 4. Traitement « définitif » (<i>destination therapy</i>) 5. Autre, précisez 6. Inconnu
Marque du dispositif (DAVG)	SPÉCIALISÉ	Si le patient a reçu un DAVG, indiquez la marque du dispositif. <ol style="list-style-type: none"> 1. N'a pas reçu de DAVG 2. HeartMate II 3. Heartware 4. Thoratec PVAD 5. Jarvik 2000 6. Berlin Heart, veuillez préciser : <ol style="list-style-type: none"> a. EXCOR b. INCOR 7. Arrow Lionheart 8. Micromed Debaquey Heart 9. Biomedicus 10. Tandem Heart 11. Levitronix Centrimag 12. Abiomed Impella <ol style="list-style-type: none"> a. LD 2.5 b. LD 5.0 c. 8F 4.0 L percutané 13. Autre, précisez
Marque du dispositif (DAVD)	SPÉCIALISÉ	Si le patient a reçu un DAVD, indiquez la marque du dispositif : <ol style="list-style-type: none"> 1. N'a pas reçu de DAVD 2. Thoratec PVAD 3. Biomedicus 4. Levitronix Centrimag 5. Abiomed Impella, veuillez préciser : <ol style="list-style-type: none"> a. RD 2.5 b. RD 5.0 6. Autre, précisez

¹ Il s'agit du format européen normalisé pour l'écriture de la date; le format est généralement compatible avec les bases de données dans la base de données sur les soins de santé (BDCP) et ICIS. Tous les éléments de données dans tous les chapitres doivent utiliser invariablement le format AAAAMMJJ.

Marque du dispositif (dispositif d'assistance biventriculaire)	SPÉCIALISÉ	Si le patient a reçu un dispositif d'assistance biventriculaire, indiquez la marque du dispositif : <ol style="list-style-type: none"> 1. N'a pas reçu un dispositif d'assistance biventriculaire 2. Thoratec, veuillez préciser : <ol style="list-style-type: none"> a. IVAD b. PVAD 3. Autre, précisez
Marque du dispositif (cœur artificiel total)	SPÉCIALISÉ	Si le patient a reçu un cœur artificiel total, précisez la marque du dispositif : <ol style="list-style-type: none"> 1. SynCardia Cardiowest 2. Autre, précisez
Ce DAV relève-t-il du domaine de la recherche?	SPÉCIALISÉ	Si le patient a reçu un DAV, indiquez si le dispositif relève du domaine de la recherche. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Inconnu
Le patient fait-il partie d'un essai clinique de dispositif?	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient fait partie d'un essai clinique de dispositif. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Inconnu
Profil de patient INTERMACS	SPÉCIALISÉ	Indiquez le profil de patient INTERMACS correspondant au moment de la mise en place du dispositif. <ol style="list-style-type: none"> 1. INTERMACS 1 2. INTERMACS 2 3. INTERMACS 3 4. INTERMACS 4 5. INTERMACS 5 6. INTERMACS 6 7. INTERMACS 7
Première mise en place d'un dispositif	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a reçu un dispositif avant le présent épisode de soins de santé. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Dans l'affirmative, précisez le ou les type(s) de dispositif dont il s'agissait : <ol style="list-style-type: none"> a. DAVG b. DAVD c. Dispositif d'assistance biventriculaire d. Cœur artificiel total e. ECMO f. Autre, précisez 2. Non 3. Inconnu
Complications liées à la mise en place du dispositif (en excluant le traitement par DAVG)	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a subi des complications liées à la mise en place du dispositif (en excluant le traitement par DAVG). Les complications doivent survenir pendant l'hospitalisation ou rendre une hospitalisation nécessaire. Indiquez tout ce qui s'applique. <ol style="list-style-type: none"> 1. Pneumothorax 2. Hémothorax 3. Infections 4. Décès 5. AVC 6. Tamponnade péricardique 7. Infarctus du myocarde 8. Arrêt cardiaque 9. Insuffisance respiratoire 10. Choc cardiogénique 11. Arythmie ventriculaire (nécessitant un traitement) 12. Dissection du sinus coronaire 13. Déplacement d'une sonde auriculaire 14. Déplacement d'une sonde de DAVD 15. Déplacement d'une sonde de défibrillateur (ventriculaire) 16. Déplacement d'une sonde au niveau du sinus coronaire 17. Stimulation phrénique 18. Autre, précisez

Complications liées au traitement par DAVG	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez si le patient a subi des complications liées au traitement par DAVG. Les complications doivent survenir pendant l'hospitalisation ou rendre une hospitalisation nécessaire. Indiquez tout ce qui s'applique.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Décès 2. Tamponnade 3. Syndrome de bas débit cardiaque 4. Insuffisance ventriculaire droite 5. Syndrome de défaillance multiviscérale 6. Pneumonie 7. Sepsis 8. Infection des voies urinaires 9. Embolie pulmonaire 10. Autre infection 11. Thrombose liée au dispositif 12. Hypotension vasogénique (vasoplégie post pompe) 13. Embolie 14. AVC 15. ICT 16. Infection liée au câble percutané 17. Dysfonctionnement de pompe 18. Infection liée au dispositif 19. Insuffisance rénale aiguë 20. Saignement exigeant une transfusion 21. Hémolyse 22. Autre, précisez
---	------------	--

PARTIE 7 – RÉSULTATS D'ANALYSE

Remarque : Les éléments d'analyses énumérés ci-dessous reflètent les analyses dont des cardiologues assurant la prise en charge de patients atteints d'insuffisance cardiaque vont typiquement faire le suivi longitudinal à des fins d'atténuation du risque métabolique et cardiovasculaire par une gestion interventionnelle des anomalies observées grâce aux tests.

Ces éléments de données de résultats d'analyse, en plus de fournir un supplément d'information utile par rapport à l'évaluation clinique, aident à évaluer la pertinence des interventions cardiovasculaires (notamment les facteurs de risque d'une mise en place de DAVG), à établir le pronostic (modèle Seattle HF), à effectuer la mesure qualitative du rendement et à préparer des rapports sur l'utilisation efficace (*meaningful use*).

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
BNP	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
NT-proBNP	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
Troponine	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités d. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
Cholestérol total (mmol/L)	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
Cholestérol LDL (mmol/L)	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
Acide urique (umol/L)	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
Albumine (mg/L)	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
TSH	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.

Créatinine (mmol/L)	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
Azote uréique du sang (mmol/L)	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
Sodium (mmol/L)	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
Potassium (mmol/L)	ESSENTIEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
HbA1c	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
Hémoglobine (g/L)	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
Hématocrite	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
Globules blancs	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
Lymphocytes (%)	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.
Plaquettes (µL)	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui Indiquez les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur b. Unités c. Date de l'analyse (AAAAMMJJ) 2. N'a pas été effectué.

RIN	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none">1. Oui Indiquez les éléments suivants :<ol style="list-style-type: none">a. Valeurb. Unitésc. Date de l'analyse (AAAAMMJJ)2. N'a pas été effectué.
------------	-------------------	---

PARTIE 8 – TESTS DIAGNOSTIQUES

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Fonction (VG)^	ESSENTIEL	^Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
Modalités de fraction d'éjection	ESSENTIEL	Indiquez la modalité utilisée pour déterminer la fraction d'éjection. Lorsqu'il y a plusieurs mesures disponibles, la plus récente est préférable. <ol style="list-style-type: none"> 1. Pas de documentation de fraction d'éjection 2. Imagerie de résonance magnétique (IRM) 3. Échocardiographie 4. Angiogramme VG 5. Tomodensitométrie 6. Autre technique d'imagerie nucléaire, y compris la scintigraphie ventriculaire 7. Autre <p>Indiquez la date de la fraction d'éjection (AAAAMMJJ)</p>
Électrocardiographie	SPÉCIALISÉ	Indiquez les résultats de l'électrocardiogramme à 12 dérivations. Lorsqu'une fourchette quantitative est donnée, indiquez la valeur médiane. Les résultats documentés peuvent comprendre : <ol style="list-style-type: none"> 1. Rythme : <ol style="list-style-type: none"> a. Rythme sinusal b. Fibrillation auriculaire ou flutter c. Précisez : paroxystique ou persistant? d. Rythme imposé ou autre rythme 2. Fréquence cardiaque (battements par minute) 3. Bloc de branche gauche 4. Bloc de branche droit 5. Retard de conduction intraventriculaire non spécifique 6. Emplacement des ondes Q présentant une anomalie (0,03 seconde de largeur et 1 mm [0,1 mV] de profondeur dans au moins 2 dérivations contiguës) 7. Durée de QRS (en millisecondes) : peut être noté en tant que durée mesurée, ou par catégorie : inférieur à 120 millisecondes; 121 à 150 millisecondes; supérieur à 150 millisecondes. 8. Bloc AV, indiquez le degré <ol style="list-style-type: none"> a. Aucun b. 1^{er} degré c. 2^e type 1 (Wenckebach) d. 2^e type 2 e. 3^e degré <p>Indiquez la date de l'électrocardiographie (AAAAMMJJ).</p>
Radiographie pulmonaire	ESSENTIEL	Indiquez les résultats du premier examen radiologique du thorax. Les résultats documentés relatifs à une radiographie pulmonaire dans le cas d'un patient atteint d'insuffisance cardiaque comprennent par exemple : <ol style="list-style-type: none"> 1. Présence de redistribution vasculaire vers les zones pulmonaires, de congestion pulmonaire, ou d'œdème pulmonaire 2. Présence de cardiomégalie 3. Présence d'épanchement pleural <p>Indiquez la date et l'heure de l'examen radiologique du thorax (AAAAMMJJ)</p>

ÉVALUATION DE L'ISCHÉMIE ET DE L'INFARCTUS		
Imagerie myocardique	ESSENTIEL	<p>Indiquez les éléments suivants</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Type d'imagerie : <ol style="list-style-type: none"> a. Imagerie nucléaire isotopique <ol style="list-style-type: none"> i. Planar ii. TEMP iii. TEP b. IRM c. Échocardiogramme d. Tomographie par ordinateur e. Coronarographie f. Inconnu 2. Perfusion anormale à l'effort : <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non c. Inconnu 3. Anomalie de perfusion corrigée : <ol style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non c. Inconnu <p>Indiquez la date de l'imagerie (AAAAMMJJ)</p>
Lésions coronariennes	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez l'étendue des lésions coronariennes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normale (< 20 % de sténose dans tous les vaisseaux épicaudiques) 2. Obstructive (> 50 % dans un vaisseau ou plus) <ol style="list-style-type: none"> a. Oui. Dans l'affirmative, choisissez une réponse : <ol style="list-style-type: none"> i. Vaisseau unique. Indiquez si le TACG ou l'AIA proximale sont concernés. <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Dans l'affirmative, précisez <ol style="list-style-type: none"> a. > 50 % - TACG b. > 50 % - AIA proximale ii. Deux vaisseaux. Indiquez si le TACG ou l'AIA proximale sont concernés. <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Dans l'affirmative, (sélectionnez <u>toutes</u> les réponses qui s'appliquent) <ol style="list-style-type: none"> a. > 50 % - TACG b. > 50 % - AIA proximale iii. Trois vaisseaux. Indiquez si le TACG ou l'AIA proximale sont concernés. <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Oui (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.) <ol style="list-style-type: none"> a. > 50 % - TACG b. > 50 % - AIA proximale b. Non <p><i>Remarque : La présente définition de données provient du chapitre du dictionnaire de données sur la fibrillation auriculaire et est conforme à la définition d'origine du chapitre du dictionnaire de données sur la coronarographie et la revascularisation.</i></p>

Cathétérisme cardiaque droit	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez les résultats du cathétérisme cardiaque droit avec ou sans angiographie pulmonaire. Les résultats documentés peuvent comprendre :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pas de cathétérisme cardiaque droit documenté 2. Pression auriculaire droite (mm Hg) : pression auriculaire droite moyenne du cathéter de l'artère pulmonaire. Indiquez le chiffre et la plage de référence. 3. Pression artérielle systolique de l'artère pulmonaire (mm Hg) : pression pulmonaire systolique du cathéter de l'artère pulmonaire. Indiquez le chiffre et la plage de référence. 4. Pression artérielle diastolique de l'artère pulmonaire (mm Hg) : pression pulmonaire diastolique du cathéter de l'artère pulmonaire. Indiquez le chiffre et la plage de référence. 5. Pression capillaire pulmonaire moyenne du cathéter de l'artère pulmonaire (mm Hg). Peut être noté avec ou sans onde V. Indiquez le chiffre et la plage de référence. 6. Débit/index cardiaque (litres par minute). Indiquez le chiffre et la plage de référence. 7. Résistance vasculaire pulmonaire (unités de Wood). Indiquez le chiffre et la plage de référence. 8. Résistance vasculaire systémique (dynes/seconde/cm²). Indiquez le chiffre et la plage de référence. <p>Indiquez la date du cathétérisme (AAAAMMJJ)</p>
Biopsie cardiaque	SPÉCIALISÉ	<p>Biopsie endomyocardique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Inconnu <p>Indiquez la date de la biopsie (AAAAMMJJ)</p>

Épreuve d'effort	SPÉCIALISÉ	<p>Épreuve d'effort cardiovasculaire, y compris l'exercice (tapis roulant, vélo stationnaire) et épreuve pharmacologique. Les résultats documentés peuvent comprendre :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Épreuve maximale (limitation des symptômes) ou sous-maximale 2. Travail atteint. Peut être noté en W, en étape d'exercice complétée (joindre le protocole d'exercice) ou en équivalent métabolique (METS). 3. Raison de l'interruption de l'épreuve d'effort : <ol style="list-style-type: none"> a. Douleur thoracique b. Dyspnée c. Étourdissements d. Fatigue des jambes e. Autre malaise (préciser) f. Tachyarythmies g. Tachyarythmies asymptomatiques 4. Signes probants d'ischémie lors de l'épreuve d'effort (positif ou négatif) : <ol style="list-style-type: none"> a. Positifs : pendant l'épreuve de tolérance à l'effort, les signes ou symptômes suivants ont été observés : <ol style="list-style-type: none"> i. Dépression ou élévation de 1 mm ou plus du segment ST horizontal ou descendant pendant au moins 60 à 80 millisecondes après la fin du complexe QRS, chez un patient asymptomatique, ou ii. Nouvelle dépression du segment ST de 2 mm ou plus (0,2 mV) (horizontal ou descendant) soupçonné d'indiquer une ischémie même en l'absence de malaise ischémique. Si le patient a eu un autre type d'épreuve d'effort (par ex. effort avec thallium ou MIBI, échocardiographie d'effort, ou scintigraphie avec dipyridamole, thallium, ou adénosine) montrant des signes probants d'ischémie (par ex. une zone claire d'ischémie réversible), on peut considérer ce résultat comme un test positif. b. Négatifs : aucune preuve d'ischémie (pas de douleur typique de l'angine et pas de dépression du segment ST, pas de données d'imagerie indiquant une ischémie) 5. Épreuve de marche de 6 minutes. Notez la distance parcourue pendant la marche de 6 minutes (sur une surface plate), en mètres. <p>Indiquez la date de l'épreuve d'effort (AAAAMMJJ).</p>
Épreuve d'effort cardiorespiratoire	SPÉCIALISÉ	<p>Notez l'information suivante.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durée de l'effort 2. Travail maximal atteint 3. VO₂ (ml/kg/min; L/min) 4. % prévu 5. VE/VCO₂ 6. RER <p>Indiquez la date de l'épreuve d'effort cardiorespiratoire (AAAAMMJJ)</p>

PARTIE 9 – COUNSELING

- Indiquez la DATE à laquelle les données ont été obtenues (AAAAMMJJ)

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
DIRECTIVES PRÉALABLES/GESTION DE LA FIN DE VIE/PRONOSTIC		
Ne pas réanimer	SPÉCIALISÉ	Indiquez s'il existe des documents clairs préparés par le médecin et/ou le patient selon lesquels il ne doit pas y avoir d'effort de réanimation en cas d'arrêt circulatoire ou respiratoire. 1. Oui 2. Non
Planification préalable des soins	SPÉCIALISÉ	Indiquez s'il existe des documents sur des discussions avec le patient et/ou sa famille (par le médecin ou l'infirmière) relativement aux directives préalables. 1. Oui 2. Non
ÉDUCATION SUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE ET LES COMPÉTENCES D'AUTOGESTION - ÉDUCATION DES PATIENTS : ÉVALUATION DU NIVEAU DE MOTIVATION RELATIVEMENT À L'APPRENTISSAGE		
Niveau d'études^	SPÉCIALISÉ	^Consultez le chapitre des éléments fondamentaux pour obtenir la définition.
ÉDUCATION SUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE ET LES COMPÉTENCES D'AUTOGESTION - INTERVENTION D'ÉDUCATION/COUNSELING (REMARQUE : DOIT ÊTRE LE MÊME POUR LE COUNSELING DES PATIENTS HOSPITALISÉS ET CELUI DES CONSULTATIONS EXTERNES)		
Orientation vers un diététiste pour un counseling alimentaire	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le dossier médical contient une mention d'une orientation du patient vers un diététiste pour une gestion du poids ou des directives avancées en matière d'alimentation. 1. Oui 2. Non
Orientation vers un programme de réadaptation cardiaque	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le dossier médical fait mention d'une orientation du patient vers un programme de réadaptation cardiaque ou un programme structuré d'exercices. 1. Oui 2. Non

PARTIE 10 – ÉPISODE DE SOINS

- Indiquez la DATE à laquelle les données ont été obtenues (AAAAMMJJ)

A. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Période de soins	SPÉCIALISÉ	<p>Pour les patients hospitalisés, notez la date de l'admission et la date du congé.</p> <p>Pour les consultations externes, notez la date (jour, mois, année) de la rencontre (visite du médecin, visite de l'infirmière, consultation, interventions, etc.).</p> <p>Pour une visite au service des urgences sans admission, notez la date (jour, mois, année) de la rencontre (visite du médecin, visite de l'infirmière, consultation, interventions, etc.).</p>
Arrivée du patient dans l'établissement de soins de santé	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez le type d'interaction avec un professionnel de la santé pour cet épisode de soins.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visite du service des urgences sans admission à l'hôpital 2. Hospitalisation à cause d'une insuffisance cardiaque 3. autre problème cardiovasculaire 4. autre problème non cardiovasculaire (par ex. pneumonie) 5. Hospitalisation planifiée 6. Rendez-vous de consultation externe prévu de longue date 7. Rendez-vous urgent de consultation externe 8. Télésurveillance 9. Communication téléphonique 10. Communication électronique (p. ex., courriel, textos) 11. Autre, précisez
Lieu de l'interaction avec un professionnel de la santé	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez le lieu de l'interaction avec un professionnel de la santé.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hôpital de soins actifs 2. Établissement de soins de longue durée 3. Service des urgences 4. Cabinet du dispensateur de soins 5. Clinique d'insuffisance cardiaque <ol style="list-style-type: none"> a. Cabinet du cardiologue b. Cabinet du médecin de premier recours c. Cabinet du dispensateur de soins 6. Autre, précisez
Type d'emplacement du premier contact	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez le type d'établissement dans lequel le patient a été évalué pour la première fois.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hôpital universitaire 2. Hôpital communautaire
Date-heure du premier contact médical*	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez la date et l'heure du premier contact médical.</p> <p>Remarque : Le premier contact médical est défini comme l'arrivée de l'ambulancier paramédical auprès du patient ou l'arrivée à l'urgence si le patient se rend par ses propres moyens à l'urgence.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valeurs de la date et de l'heure 2. Non disponible <p><i>* À noter : L'élément de données provient du dictionnaire de données du syndrome coronarien aigu et est reproduit ici pour l'uniformité.</i></p>
Date et heure d'arrivée au premier établissement*	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez la date et l'heure de l'arrivée du patient au premier établissement.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valeurs de la date et de l'heure 2. Non disponible <p><i>* À noter : L'élément de données provient du dictionnaire de données du syndrome coronarien aigu et est reproduit ici pour l'uniformité.</i></p>

Date et heure de l'admission*	SPÉCIALISÉ	<p>S'il y a eu admission, indiquez la date et l'heure de l'admission du patient pour une période d'hospitalisation dans le premier établissement pour l'épisode de soins actuel.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valeurs de la date et de l'heure 2. Non disponible <p><i>* À noter : L'élément de données provient du dictionnaire de données du syndrome coronarien aigu et est reproduit ici pour l'uniformité.</i></p>
Moyen de transport initial*	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez le moyen de transport vers l'établissement où l'état du patient a été évalué <u>initialement</u>. Sélectionnez le code :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulance 2. Transport aérien 3. Autre 4. Non disponible <p><i>* À noter : L'élément de données provient du dictionnaire de données du syndrome coronarien aigu et est reproduit ici pour l'uniformité.</i></p>

B. TRANSFERT INTERHOSPITALIER

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Transfert interhospitalier?*	SPÉCIALISÉ	<p>Le patient a-t-il été transféré dans un autre hôpital après l'évaluation de son état au premier établissement (qu'un traitement y ait été prodigué ou non)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non <p><i>* À noter : L'élément de données provient du dictionnaire de données du syndrome coronarien aigu et est reproduit ici pour l'uniformité.</i></p>
Transfert interhospitalier - Moyen de transport*	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez le moyen de transport du transfert interhospitalier. Sélectionnez le code :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulance 2. Transport aérien 3. Autre 4. Non disponible <p><i>* À noter : L'élément de données provient du dictionnaire de données du syndrome coronarien aigu et est reproduit ici pour l'uniformité.</i></p>
Date et heure du transfert du patient d'un établissement à l'autre*	SPÉCIALISÉ	<p>Indiquez la date et l'heure auxquelles le patient a quitté l'hôpital initial.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valeurs de la date et de l'heure 2. Non disponible <p><i>* À noter : L'élément de données provient du dictionnaire de données du syndrome coronarien aigu et est reproduit ici pour l'uniformité.</i></p>

C. INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES EFFRACTIVES

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Chirurgie de pontage aorto-coronaire (PAC)	SPÉCIALISÉ	Indiquez le nombre et le type de pontages. Il est possible de préciser la technique chirurgicale : <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Nombre et emplacement des pontages veineux 3. Nombre et emplacement des pontages artériels 4. Technique ordinaire du PAC <p>On peut préciser, en ce qui a trait à la technique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Voie d'abord par sternotomie médiane 2. Minithoracotomie 3. Avec ou sans circulation extracorporelle
Réparation de valvule	SPÉCIALISÉ	Indiquez le(s) type(s) de réparation. Il est possible de préciser le(s) valvule(s) visée(s) et les interventions. <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Mitrale 3. Aortique, et/ou 4. réparation chirurgicale de la valve tricuspide. 5. Réparation mitrale percutanée (Mitraclip)
Remplacement valvulaire	SPÉCIALISÉ	Indiquez le type de remplacement Il est possible de préciser le(s) valvule(s) visée(s) et les interventions. <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Mitrale 3. Aortique 4. Tricuspidé
Valvuloplastie	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a eu besoin d'une valvuloplastie pour le traitement de lésions valvulaires de rétrécissement. Il est possible de préciser le(s) valvule(s) visée(s) et les interventions. <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Mitrale 3. Aortique 4. Tricuspidé
Chirurgie de remodelage ventriculaire	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a eu besoin d'une intervention de remodelage ventriculaire. <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Anévrismectomie 3. Résection ventriculaire (<i>Surgical Anterior Ventricular Restoration</i> ou SAVR), intervention de Dor
Intervention visant une cardiomyopathie hypertrophique	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a eu besoin d'un traitement pour une cardiomyopathie hypertrophique. <ol style="list-style-type: none"> 1. Myectomie septale 2. Myectomie septale avec remplacement ou réparation de la valvule mitrale 3. Alcoolisation septale percutanée
Péricardiectomie	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a eu besoin d'une excision du péricarde, habituellement à cause d'une infection ou d'une maladie constrictive de cette membrane. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non
Péricardiocentèse chirurgicale	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a eu besoin d'une intervention de drainage du liquide accumulé dans le péricarde. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non
Fermeture d'un foramen ovale perméable (FOP) ou communication interauriculaire	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a eu besoin d'une intervention ouverte de fermeture de FOP ou de correction de communication interauriculaire. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, précisez : <ol style="list-style-type: none"> a. AVC b. Shunt gauche à droite c. Shunt droite à gauche d. Percutanée e. Autre, précisez 2. Non

Chirurgie de cardiopathie congénitale	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a eu besoin d'une intervention chirurgicale visant une cardiopathie congénitale et précisez ce qui a été effectué. 1. Oui, précisez : a. Intervention de Fontan b. Intervention de Mustard c. Intervention de Senning d. Autre intervention, précisez 2. Non
Chirurgie visant la fibrillation auriculaire	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a eu besoin d'une chirurgie visant la fibrillation auriculaire. 1. Oui, précisez. a. Maze b. Intervention de Maze modifiée 2. Non
Transplantation d'organe	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a eu besoin d'une transplantation d'organe. 1. Dans l'affirmative, choisissez une réponse a. Cœur b. Cœur/poumon c. Poumon, simple/double d. Rein e. Foie f. Autre, veuillez préciser (il peut s'agir de plusieurs organes) 2. Non

D. PENDANT L'HOSPITALISATION

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Insuffisance rénale	SPÉCIALISÉ	Documentation dans le dossier médical d'une insuffisance rénale : 1. Oui – correspondant à une hausse de 50 % de la créatine de base ou de la première créatine documentée à l'hôpital 2. Non 3. Inconnu
Dialyse	SPÉCIALISÉ	Documentation dans le dossier médical d'une nouvelle exigence de dialyse. 1. Oui, indiquez la durée a. Temporaire b. Permanente 2. Non

E. ASSISTANCE CIRCULATOIRE/VENTILATION ASSISTÉE

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Ventilation mécanique	SPÉCIALISÉ	Indiquez si le patient a eu besoin de ventilation mécanique. Précisez les dates de début et de fin de la thérapie. 1. Oui, précisez : a. Ventilation mécanique/intubation b. Ventilation en pression positive continue c. Ventilation en pression positive à double niveau 2. Non

F. AU MOMENT DU CONGÉ DE L'HÔPITAL

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
État au congé	ESSENTIEL	Indiquez si le patient était vivant ou décédé au congé de l'hôpital. 1. Vivant 2. Décédé <i>* L'élément de données et la définition proviennent du dictionnaire de données du syndrome coronarien aigu et sont reproduits ici pour l'uniformité.</i>
Décès	ESSENTIEL	Précisez la date du décès. Indiquez la cause du décès, si elle est connue : 1. Cardiovasculaire : a. Infarctus du myocarde b. Choc cardiogène c. Insuffisance cardiaque d. Mort subite d'origine cardiaque e. Arrêt cardiaque f. Arythmie (précisez) g. AVC h. Autre, précisez 2. Non-cardiovasculaire : a. Embolie pulmonaire b. Cancer c. Traumatisme d. Sepsis e. Maladie pulmonaire obstructive chronique f. Insuffisance rénale i. Autre, précisez 3. Indiquez le lieu du décès : a. Domicile du patient b. Soins palliatifs c. Hôpital d. Autre, précisez e. Inconnu

Conclusion de l'interaction avec un professionnel de la santé	ESSENTIEL	<p>Indiquez la conclusion de l'interaction avec un professionnel de la santé.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Congé accordé pour le retour à domicile ou les soins autonomes (congé ordinaire) 2. Congé accordé/transfert vers un autre hôpital de soins de courte durée pour une hospitalisation 3. Congé accordé/transfert vers un établissement de soins infirmiers avancés 4. Congé accordé/transfert vers un établissement de soins intermédiaires 5. Congé accordé/transfert vers un autre type d'établissement 6. Congé accordé/transfert vers le domicile sous la supervision d'un organisme de services de santé à domicile 7. Départ du patient sans autorisation médicale ou interruption des soins 8. Congé accordé/transfert vers le domicile sous la supervision d'un fournisseur de pharmacothérapie par voie intraveineuse 9. Décédé 10. Soins palliatifs - à domicile 11. Soins palliatifs - établissement de soins 12. Congé accordé/transfert vers une hospitalisation dans un établissement de réadaptation, y compris les services de réadaptation faisant partie d'un établissement hospitalier. Précisez la date.
Date du congé	ESSENTIEL	<p>Indiquez la date à laquelle le patient a obtenu son congé de l'hôpital, est parti sans autorisation médicale, a été transféré à un autre centre ou est décédé pendant cette admission.</p> <p><i>* L'élément de données et la définition proviennent du dictionnaire de données du syndrome coronarien aigu et sont reproduits ici pour l'uniformité.</i></p>
Orientation du patient	ESSENTIEL	<p>Orientation du patient vers d'autres soins :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Clinique SPÉCIALISÉE dans l'insuffisance cardiaque 2. Soins de transition pour l'insuffisance cardiaque par des infirmières en pratique avancée 3. Programme de prise en charge de l'insuffisance cardiaque 4. Évaluation relative à la transplantation cardiaque <p>Soins de transition (précisez la durée) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soins de santé à domicile 2. Gestionnaire de cas de soins infirmiers pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque 3. Soins palliatifs 4. Télésurveillance à domicile 5. Surveillance ambulatoire par télémétrie cardiaque (télémétrie cardiaque mobile pour les patients non hospitalisés) <p>Il est possible de préciser la période de temps pendant laquelle le patient a participé au programme et/ou de fournir une évaluation qualitative du niveau de succès ou de participation du patient.</p>

PARTIE 11 – RÉSULTATS

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
En vie 30 jours après la date de fin du service	SPÉCIALISÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non
Mortalité (6 et 12 mois)	SPÉCIALISÉ	<p>Précisez la date du décès.</p> <p>Indiquez la cause du décès, si elle est connue :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cardiovasculaire : <ol style="list-style-type: none"> a. Infarctus du myocarde b. Choc cardiogène c. Insuffisance cardiaque d. Mort subite d'origine cardiaque e. Arrêt cardiaque f. Arythmie (précisez) g. AVC h. Autre, précisez 2. Non-cardiovasculaire : <ol style="list-style-type: none"> a. Pulmonaire b. Cancer c. Traumatisme d. Sepsis e. Maladie pulmonaire obstructive chronique f. Insuffisance rénale g. Autre, précisez 3. Indiquez le lieu du décès, s'il est connu : <ol style="list-style-type: none"> a. Domicile du patient b. Soins palliatifs c. Hôpital d. Autre, précisez
Suivi après le dernier épisode de soins	SPÉCIALISÉ	<p>Date de la première visite médicale.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Omnipraticien/spécialiste/cardiologue/clinique d'insuffisance cardiaque 2. Orientation du patient vers d'autres soins : <ol style="list-style-type: none"> a. Clinique SPÉCIALISÉE dans l'insuffisance cardiaque b. Soins de transition pour l'insuffisance cardiaque par des infirmières en pratique avancée c. Programme de prise en charge de l'insuffisance cardiaque d. Évaluation relative à la transplantation cardiaque 3. Soins de transition (précisez la durée) : <ol style="list-style-type: none"> a. Soins de santé à domicile b. Gestionnaire de cas de soins infirmiers pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque c. Soins palliatifs d. Télésurveillance à domicile e. Surveillance ambulatoire par télémétrie cardiaque (télémétrie cardiaque mobile pour les patients non hospitalisés) 4. Il est possible de préciser la période de temps pendant laquelle le patient a participé au programme et/ou de fournir une évaluation qualitative du niveau de succès ou de participation du patient. 5. Autres soins SPÉCIALISÉS (insuffisance rénale/anémie/gériatrie/stimulation ou surveillance à domicile)

REMERCIEMENTS

La Société canadienne de cardiologie souhaite souligner la contribution des personnes suivantes à l'élaboration du chapitre du dictionnaire de données sur l'insuffisance cardiaque :

Groupe de travail du chapitre de définitions de données sur l'insuffisance cardiaque

Justin Ezekowitz (chef), Université de l'Alberta
Abdul Al-Hesayen, St. Michael's Hospital (Ontario)
Anique Ducharme, Institut de Cardiologie de Montréal (Québec)
Yana Gurevich, Institut canadien d'information sur la santé
Jonathan G Howlett, Institut cardiovasculaire Libin d'Alberta
Laurie Lambert, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec)
Douglas Lee, Institut des sciences de l'évaluation clinique (Ontario)
Serge LePage, Université de Sherbrooke (Québec)
Heather Ross, Réseau universitaire de santé (Ontario)
Elizabeth Swiggum, Université de la Colombie-Britannique (Colombie-Britannique)
Sean Virani, Vancouver General Hospital, Université de la Colombie-Britannique (Colombie-Britannique)
Sulan Dai, Agence de la santé publique du Canada

Comité directeur des définitions de données

Karin Humphries (présidente), Université de la Colombie-Britannique
Jafna Cox, Cardiovascular Health Nova Scotia
Ross Davies, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (Ontario)
Diane Galbraith, Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart Disease
Kori Kingsbury, Réseau de soins cardiaques de l'Ontario
Andrew Kmetc, Cardiac Services BC
Dennis Ko, Institut des sciences de l'évaluation clinique (Ontario)
Laurie Lambert, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec)
Anne McFarlane, Institut canadien d'information sur la santé
Sulan Dai, Agence de la santé publique du Canada
Mario Talajic (d'office), Institut de Cardiologie de Montréal (Québec), et président, Société canadienne de cardiologie
Heather Ross (d'office), Réseau universitaire de santé (Ontario), et vice-présidente, Société canadienne de cardiologie
Blair O'Neill (d'office), Alberta Health Services, et ancien président, Société canadienne de cardiologie

Soutien du projet

Anne Ferguson, chef de la direction, Société canadienne de cardiologie
Nick Neuheimer, directeur de projet, et directeur, promotion et politiques relatives à la santé, Société canadienne de cardiologie
Holly Fan, gestionnaire de projet (à l'externe)

La production de ces documents a été rendue possible par la Société canadienne de cardiologie et grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

AVERTISSEMENT

Les opinions exprimées aux présentes ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

COPYRIGHT

© Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction ni transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, par voie électronique ou mécanique, par télécopieur, par enregistrement ou autrement, sans la permission écrite appropriée de la Société canadienne de cardiologie^{MC}.