

Service de Cardiologie

# VOTRE HOSPITALISATION EN CARDIOLOGIE

📍 Dinant & Sainte-Elisabeth



# VOTRE HOSPITALISATION EN **CARDIOLOGIE**

VOTRE HOSPITALISATION  
4

QUESTIONNAIRE  
10

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ  
16

ANAMNÈSE INFIRMIÈRE  
20

CHECK-LIST  
24

FEUILLE DE LIAISON  
28

NOTES PERSONNELLES  
34

# AVANT-PROPOS

Madame, Monsieur,

Vous allez être hospitalisé.e dans notre service de cardiologie prochainement. Veuillez trouver ci-joint un dossier reprenant :

- 1.** Les **informations** sur la date et l'heure de votre hospitalisation ainsi que les recommandations pré-hospitalisation.
- 2.** Un **questionnaire** que nous vous demandons de compléter avant votre hospitalisation.
- 3.** Un formulaire de **consentement éclairé**, à signer avant votre hospitalisation.
- 4.** L'**anamnèse** infirmière (complétée lors de votre hospitalisation par les médecins et infirmier.e.s).
- 5.** La **check-list** (complétée lors de votre hospitalisation par les médecins et infirmier.e.s).
- 6.** La **feuille de liaison** (complétée lors de votre hospitalisation par les médecins et infirmier.e.s).

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

L'ÉQUIPE DU SERVICE DE CARDIOLOGIE



# VOTRE HOSPITALISATION

## Vignette d'identification

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

## DATE DE VOTRE INTERVENTION

---

### Jour et heure de votre hospitalisation

..... / ..... / ..... à ..... h .....

### Médecin

### Route à suivre

- Site de **Dinant** (Saint-Vincent) : **suivez la route 72.**
- Site de **Namur** (Sainte- Elisabeth) : **suivez la route 23.**

### En chambre

- Seule (privée)
- Deux lits (commune)

### Pour :

- Une coronarographie
  - Une étude électrophysiologique
  - Une cardioversion électrique de fibrillation auriculaire (choc électrique)
  - L'implantation d'un pace maker cardiaque
  - Une mise au point cardiologique pour
- .....

## RECOMMANDATIONS PRÉ-HOSPITALISATION

### Jeûne

Le jour de votre admission, vous devez être **à jeun** à partir de :

..... h .....



**À jeun signifie ne rien avoir bu ni mangé depuis minimum 6 heures avant l'examen.**

### Médicaments

Votre traitement médicamenteux habituel peut-être continué jusqu'au jour de l'intervention inclus, **sauf** :

..... : arrêt le ..... / ..... / .....

..... : arrêt le ..... / ..... / .....

..... : arrêt le ..... / ..... / .....

..... : arrêt le ..... / ..... / .....



## **IMPORTANT**

**Avant votre hospitalisation, merci de lire et compléter :**

- le questionnaire patient, en page 10 ;
- le formulaire de consentement éclairé, en page 16

L'anamnèse infirmière (page 20), la check-list (page 24) ainsi que la feuille de liaison (page 28) seront complétées lors de votre hospitalisation par les médecins et infirmier.e.s.

**Veillez à ne pas oublier ce dossier le jour de votre hospitalisation.**

## PROCÉDURE D'INSCRIPTION

---

### Pour le site de Sainte Elisabeth

- Présentez-vous au service des Admissions (hospitalisations), **route 23**, pour une hospitalisation en cardiologie.
- Vous serez ensuite dirigé.e vers le centre de prélèvement du laboratoire situé à proximité du bureau d'admission pour la réalisation de la prise de sang d'admission.
- Vous serez ensuite convié.e à rejoindre votre chambre au 6<sup>e</sup> étage du nouveau bâtiment (unité G6A ou G6B) où vous serez pris.e en charge.
- Si vous êtes hospitalisé.e pour un choc électrique, veuillez d'abord vous rendre à ..... h ..... en consultation de cardiologie, **route 352 puis 448**, pour la réalisation d'un électrocardiogramme avant de vous présenter au service des admissions.

## Pour le site de Dinant

- Présentez-vous au service des Admissions, **route 72**, pour une hospitalisation en cardiologie (D1, 5<sup>e</sup> étage).
- Vous y serez accueilli.e et pris.e en charge par l'infirmier.e responsable du service (anamnèse, prise de sang, mise en place d'un cathéter, etc.).
- Coronarographie - étude électrophysiologique - Ablation de fibrillation auriculaire :
  - vous partirez/reviendrez en ambulance jusqu'au site de Godinne (pour les patients résidant en France) ou Sainte-Elisabeth). Le coût du transport est **totalément** pris en charge par le CHU UCL Namur ;
  - Prévoyez de rester une nuit minimum hospitalisé.e jusqu'au lendemain.



Pour toutes questions, en cas d'empêchement, de retard ou de problème, merci de contacter le service au **+32 82 21 43 77 pour le site de Dinant** et au **+32 81 72 05 69 pour le site de Sainte-Elisabeth**.



## **QUESTIONNAIRE**

Merci de compléter ce questionnaire avant votre hospitalisation. Veuillez à prendre avec vous ce dossier le jour de votre hospitalisation.

## HOSPITALISATION EN CARDIOLOGIE



Questionnaire patient

### Vignette d'identification

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

### Antécédents médicaux et chirurgicaux

### NUMÉRO(S) DE CONTACT

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté
-----	--------	-----------	-----------------

.....

.....

.....

**ALLERGIES**

Iode cutané .....  Oui  Non

Produit de contraste iodé .....  Oui  Non

Latex .....  Oui  Non

Pénicilline .....  Oui  Non

Aspirine .....  Oui  Non

Autres : .....

**PARCOURS MÉDICAL**

Hypertension artérielle .....  Oui  Non

Hypercholestérolémie .....  Oui  Non

Diabète .....  Oui  Non

Si oui : .....  Type I  Type II

Insuffisance rénale .....  Oui  Non

Si oui : dialyse ? .....  Oui  Non

Infarctus du myocarde .....  Oui  Non

Angine de poitrine (angor) .....  Oui  Non

Présence de stents .....  Oui  Non

Troubles du rythme .....  Oui  Non

(Extrasystoles, fibrillation auriculaire, etc.)

Valvulopathie .....  Oui  Non

Accident vasculaire cérébral (AVC) .....  Oui  Non

Tabac .....  Oui  Non

Si oui, nombre de cigarettes par jour : .....

Ancien fumeur .....  Oui  Non

Bronchite chronique, emphysème .....  Oui  Non

Asthme .....  Oui  Non

Apnée du sommeil .....  Oui  Non

Si oui, avez-vous une CPAP/ BPAP ? .....  Oui  Non

Pathologie thyroïde .....  Oui  Non

Hypothyroïdie .....  Oui  Non

Hyperthyroïdie .....  Oui  Non

Goitre .....  Oui  Non

Pathologie infectieuse .....  Oui  Non

HIV (sida) .....  Oui  Non

Hépatite B .....  Oui  Non

Hépatite C .....  Oui  Non

Tuberculose .....  Oui  Non

Staphylocoque doré multi-résistant (MRSA) .....  Oui  Non

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? .....  Oui  Non

Autres : .....

## PARCOURS CHIRURGICAL

Chirurgie cardiaque avec pontages .....  Oui  Non

Si oui, en quelle année ? .....

Chirurgie cardiaque d'une valve .....  Oui  Non

Si oui, en quelle année ? .....

Chirurgie aux artères des jambes .....  Oui  Non

Autres chirurgies

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DIVERS**

Prothèses dentaires .....  Oui  Non

Prothèses auditives .....  Oui  Non

Lunettes .....  Oui  Non

Poids : ..... kg

Taille : ..... cm





# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Merci de compléter et signer ce  
formulaire avant votre hospitalisation.  
Veillez à prendre avec vous ce dossier le  
jour de votre hospitalisation.

## Formulaire – GR-Formulaire de Consentement éclairé CHU-FOR-0081 – Version 003

CHU UCL Namur – Site de Dinant, Godinne, Sainte-Elisabeth – mise en application le 01/02/2023

<input type="checkbox"/> <b>Parent</b> <input type="checkbox"/> <b>Tuteur légal</b> <input type="checkbox"/> <b>Représentant légal</b> <input type="checkbox"/> <b>Personne mandatée</b> <input type="checkbox"/> <b>Administrateur</b> Nom – Prénom : . . . . . Date de naissance : . . . . . / . . . . . / . . . . . Numéro de téléphone : . . . . .	<input type="checkbox"/> <b>Patient</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"><p><b>Etiquette du patient</b> <i>(ou Nom - Prénom - Date de naissance - Médecin / Superviseur - Service)</i></p></div>
---	---

**Date de l'intervention ou de l'hospitalisation :** ...../...../.....

Je confirme que j'ai été informé(e) des raisons de mon hospitalisation pour un traitement, un examen, une transfusion, une anesthésie ou une intervention chirurgicale.

J'ai reçu les explications concernant le but, les bénéfices, les inconvénients, les complications possibles, et les précautions à prendre pour le suivi de ma prise en charge.

J'ai été informé(e) des alternatives au traitement proposé et de leurs risques.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et d'expliquer mes craintes et mes besoins.

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'exprimer explicitement mon refus et j'ai été prévenu(e) des conséquences de celui-ci sur ma santé. Je conserve mon libre arbitre tout au long de ma prise en charge et suis libre d'exprimer mon refus à tous moments.

Je suis conscient(e) que malgré tout ce qui m'a été dit, des situations imprévisibles peuvent survenir et influencer le résultat attendu.

Au regard de ces informations, j'autorise les prestataires de soins à me délivrer les traitements, interventions, examens, soins nécessaires à ma prise en charge.

**Fait à / Gedaan te / Place / Erstellt in :** ..... , **le / op / date / am :** .....

**Signature du patient, de son parent, de son tuteur ou représentant :**

Handtekening van patiënt, voogd of vertegenwoordiger :  
Signature of patient, guardian or representative :  
Unterschrift des Patienten, Erziehungsberechtigten oder  
Vertreter :

Note : afin d'exprimer pleinement vos souhaits nous vous encourageons à remplir le formulaire de « Directives anticipées » disponibles auprès de votre médecin et à compléter avec celui-ci.

## Nederlands

Ik bevestig dat ik op de hoogte ben gebracht van de redenen voor mijn ziekenhuisopname voor behandeling, onderzoek, verdoving of chirurgische ingreep.

Ik heb uitleg gekregen over het doel, de voordelen, de nadelen, de mogelijke complicaties en de voorzorgsmaatregelen die ik moet nemen voor mijn nabehandeling.

Ik werd geïnformeerd over de alternatieven voor de voorgestelde behandeling en de ermee gepaard gaande risico's. Ik heb de kans gehad om vragen te stellen en mijn angsten en behoeften uiteen te zetten.

Ik begrijp dat het mijn verantwoordelijkheid is om mijn weigering uitdrukkelijk kenbaar te maken en ik ben gewaarschuwd voor de gevolgen hiervan voor mijn gezondheid. Ik heb een vrije wil gedurende mijn hele zorg en ben vrij om mijn weigering op elk moment te uiten.

Ik ben mij ervan bewust dat ondanks alles wat mij is verteld, zich onvoorziene situaties kunnen voordoen die het verwachte resultaat beïnvloeden.

In het licht van deze informatie geef ik de zorgverleners toestemming om de voor mijn verzorging noodzakelijke behandelingen, ingrepen, onderzoeken en zorg te verlenen.

Nota: Om uw wensen volledig tot uitdrukking te brengen, raden wij u aan het formulier "van tevoren opgestelde wilsverklaringen" en het "Richtlijn therapeutisch project" in te vullen, die bij uw arts verkrijgbaar zijn, en deze samen met uw arts in te vullen.

---

## English

I confirm that I have been informed of the reasons for my hospitalisation to undergo treatment, a medical exam, anaesthesia or surgery.

I have received clarification regarding the purpose, benefits, disadvantages, possible complications, and precautions to be taken for the follow-up of my treatment.

I have been informed about alternatives to the proposed treatment and their risks.

I have had the opportunity to ask questions and express my fears and needs.

I understand that it is my responsibility to also express my explicit refusal and I have been warned of the consequences of it on my health. I retain my free will throughout my treatment and am entitled to express my refusal at any time.

I am aware that despite everything I have been told, unforeseeable situations may arise and influence the expected result(s).

In the light of this information, I authorise the care providers to give me the medical treatments, interventions, examinations and care necessary for my own personal situation.

Note: in order to fully express your wishes, we encourage you to complete the "Advance directives" form and the "Therapeutic plan policy" available from your doctor and complete with him.

## Deutsch

Ich bestätige, dass ich über die Gründe meines Krankenhausaufenthalts zur Behandlung, Untersuchung, Anästhesie oder Operation informiert worden bin.

Ich bin über Zweck, Nutzen, Nachteile, mögliche Komplikationen und Vorsichtsmaßnahmen für die Nachsorge meiner Behandlung aufgeklärt worden.

Ich bin über Alternativen zur vorgeschlagenen Behandlung und deren Risiken informiert worden.

Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen und meine Ängste und Bedürfnisse zu erklären.

Mir ist klar, dass es in meiner Verantwortung liegt, meine Ablehnung ausdrücklich zum Ausdruck zu bringen, und ich wurde über die Folgen für meine Gesundheit aufgeklärt. Ich habe während meiner gesamten Betreuung einen freien Willen und kann jederzeit meine Ablehnung zum Ausdruck bringen.

Ich bin mir bewusst, dass trotz allem, was mir gesagt wurde, unvorhersehbare Situationen auftreten und das erwartete Ergebnis beeinflussen können.

In Anbetracht dieser Informationen ermächtige ich die Leistungserbringer, die für meine Betreuung erforderlichen Behandlungen, Eingriffe, Untersuchungen und Pflegemaßnahmen durchzuführen.

Nota : Um Ihren Wünschen umfassend Ausdruck zu verleihen, empfehlen wir Ihnen, das Formular für Patientenverfügungen und die Richtlinie für therapeutische Projekte, die Sie bei Ihrem Arzt erhalten, auszufüllen und gemeinsam mit Ihrem Arzt auszufüllen.



# **ANAMNÈSE INFIRMIÈRE**

Ce document sera complété lors de  
votre hospitalisation par les médecins  
et infirmier.e.s.

Vignette d'identification du patient

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

Motif d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Paramètres à l'entrée :

TA mesurée (mmHg) : \_\_ T° (°C) : \_\_ FC (irrég ?) (nbre/min) : \_\_

SpO2 (%) : \_\_ FR (insp/min) : \_\_ Glycémie (mg/dl) : \_\_

Poids (kg) : \_\_ Taille (cm) : \_\_

Appareillages mannequin- Plaies d'admission :

Système respiratoire (BF1)

- Trouble respiratoire ?
- Fumeur ?
- Appareillage ?

Système cardio-vasculaire et circulatoire

- Troubles ?
- Œdème ?
- Appareillage ?

Alimentation et boisson (BF2)

- Type d'aide à domicile
- Troubles alimentaires et/ou liquide
- Type de régime :
- Texture :
- Echelle NRS (< 70 ans) ou MNA (> 70 ans)

Système éliminatoire (BF3)

- Type d'aide à domicile
- Trouble urinaire et/ou fécale
- Dernière selle le :
- Dialyse ? Jour :
- Appareillage ? Présent à la clinique

Mobilisation (BF4)

- Type d'aide à domicile (matériel, humaine ?)
- Trouble de la mobilisation (équilibre, marche, musculaire, morphologie) ?
- Appareillage ? Présent à la clinique

Dormir et se reposer (BF5)

- Trouble du sommeil et/ou repos
- Rituels pour s'endormir

Soins d'hygiène et se vêtir (BF 6 et 8)

- Type d'aide à domicile ? Par qui ?
- Origine du trouble ?

Eviter les dangers (BF9)

- Bracelet d'identité ? Lisible ?
- Danger pour le patient et/ou son entourage ? (Dépendance, fugue, chute, neuro,)
- Antécédents de germes multirésistants ? Lequel ? (MRSA ? BLSE ? CPE ? VRE).  
Si MRSA, BLSE : colonisation > 1an ?

Bien-être

- Soutien psychologie ?
- Douleur

Communication (BF10)

- Troubles visuels ? Appareillage : lunettes ? Présent à la clinique ?
- Troubles auditifs ? Appareillage : prothèse auditive ? Présent à la clinique ?
- Troubles de la parole ? Neuro ?
- Prothèses dentaires ? Présentes à la clinique

Croyances et valeurs (BF11)

- Culte :

Rôles/relations :

- Langue parlée :
- Statut familial : marié – célibataire – séparé - ...
- Nombre d'enfants :
- Mode de vie : seul – en couple – institution - ...
- Aide : service domicile – famille – amis – voisins - ...

Connaissances :

- Non adhérence
- Refus traitement
- Connaissance sur sa santé, maladie ?
- Non observance

Paraphe infirmier

Vignette d'identification du patient

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

**Feuille de préparation pour la salle technique de cardio**  
(coronarographie, angioplastie, électrophysiologie,  
ablation par radiofréquence, pacemaker,...)

<b><u>Documents administratifs</u></b>	6 vignettes <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON (12 pour le pcmk)	ECG <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
<b><u>Préparation physique du patient</u></b>		
A jeun <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON depuis __H__		
Rasage <input type="radio"/> Radial <input type="radio"/> Fémoral <input type="radio"/> Thoracique		
<b><u>Perfusion</u></b>		
Voie centrale <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Jugulaire <input type="radio"/> Sous-clavière <input type="radio"/> Fémorale		
Voie périphérique <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Bras gauche <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Reflux <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
Prothèses dentaires <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Otées <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
<b><u>Paramètres avant l'examen</u></b>		
Tension artérielle (mmHg) ___/___ Fréquence cardiaque (BPM) : ___ T° (°C) : ___		
Taille (CM) : ___ Poids (KG) : ___ Glycémie (mg/dl) : ___		
<b><u>Allergies</u></b>		
Iode : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
Si oui : préparation (selon ordre médical) administrés à __H__		
Solumédrol IV dosage : ___		
Solucortef IV dosage : ___		
Xyzall per os dosage : ___		
Autre : _____		
Aspirine : : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
Pénicilline : : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
Autres : _____		
<b><u>Médications reçues (ou en cours) le jour de l'examen</u></b>		
Aspirine 500mg per os : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON à __H__		
HBPM : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Type _____ Dose _____ H__		
Insuline : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Type _____ Dose _____ H__		
Dérivés nitrés : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Dilution : _____ Débit ___ml/H		
Aggrastat : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Bolus __ml Entretien (débit) ___ml/H		
Pompe Héparine : : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Dilution : _____ Débit ___ (ml/H)		
Noac (Eliquis – Xarelto – Lixiana,... ) : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON à __H__		
Sintrom : mg : : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON à __H__		
Autres : _____		
<b><u>Hyperthyroïdie</u></b>		
Si oui : IRENAT : nombres de gouttes (selon ordre médical)		



## **CHECK-LIST**

Ce document sera complété lors de  
votre hospitalisation par les médecins  
et infirmier.e.s.

Type de procédure: <input type="checkbox"/> Coronarographie <input type="checkbox"/> PTCA élective <input type="checkbox"/> EEP <input type="checkbox"/> Pacemaker Médecin(s) opérateur(s): ..... Infirmier(es): ..... Type d'anesthésie: <input type="checkbox"/> A.loc. <input type="checkbox"/> A.Gén. <input type="checkbox"/> sans anesthésie Salle: 1 / 2	<h3 style="margin:0;">Etiquette patient</h3>
<p><b>Avant la procédure</b> (avec/sans anesthésie générale) <i>(avec l'infirmière et l'anesthésiste si Anesthésie Générale)</i></p> 1. Date de naissance, nom, prénom, patient contrôlés et confirmés <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 2. Bracelets présents et correspondants à l'identité décliné <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 3. Etiquettes correspondantes à l'identité déclinée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 4. L'intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 5. Vérification des points suivants A jeun <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Allergies <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Iode <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Cutanée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Produit de contraste <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Aspirine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Pénicilline <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autres <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui:.....	<p>NOAC(nouveaux anti-coagulants par voie orale: Xarelto, Eliquis,...) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Date de dernière prise ...../...../..... <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Antiagrégant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Aspirine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Plavix <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Brilique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Efent <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Date de dernière prise ...../...../..... <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>6. Matériel ad hoc vérifié et prêt <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="text-align: center;"><b>Avant le début de la procédure</b></p> 7. Vérifications ultimes Identité du patient <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Intervention et site confirmés <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 8. Consentement éclairé signé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 9. Antibioprophylaxie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Céfazoline 2g <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Dalacin 600mg <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date et heure d'administration: ...../...../..... .....H.... 10. Préparation cutanée effectuée, installation correcte et conforme à la procédure réalisée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Dialyse <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Antécédent de greffe rénale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Risque infectieux <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Immunodépression <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Valvulopathie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Risque de grossesse <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Anticoagulation <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Héparine à bas poids moléculaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Sintrom <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<p>11. Documents papiers remplis:                  Facturation des actes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  Facturation du matériel <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  Prescription des stupéfiants <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  Cahier complété <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  12. Dossier médical encodé et complété : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  13. Médicaments administrés encodés dans H+ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  14. T transmissions infirmières encodées dans H+ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  15. Dossier médical complété <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  16. Archivage des données dans le dossier médical <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  Transfert dans le PACS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  Courbes ECG/EGM <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  17. Décompte du matériel implantable (si pacemaker) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Commentaires:</p> <p>Nom complet et signature de l'infirmière:</p> <p>Nom complet et signature du médecin opérateur:</p>
<p><b>Décision finale</b></p> GO <input type="checkbox"/> OK pour AG <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> OK pour la procédure <input type="checkbox"/> NO GO <input type="checkbox"/> procédure retardée <input type="checkbox"/> procédure annulée <input type="checkbox"/> > motif(s) du "NO GO": .....	

## Décompte des dispositifs médicaux non implantables

date: .....

intervention: .....

Médecin(s) opérateur(s): .....

Infir Circulante(s): .....

Médecin(s) assistant(s): .....

Instrumentiste(s): .....

Etiquette d'identification

Le décompte des dispositifs médicaux non implantables n'est pas applicable (en accord avec le médecin opérateur)

	Avant incision	Ajouts	Total	1 <sup>er</sup> décompte	2 <sup>ème</sup> décompte	3 <sup>ème</sup> décompte	compte final (à la fermeture de la plaie)	compte correct	compte incorrect
<b>textiles RX marqués</b>									
compresses 10 X 10 cm RX									
compresses abdo RX									
compresses stériles bleues									
compresses 5 X 5 cm RX									
tampons peanauts RX									
tampons "prunes" RX									
<b>lames</b>									
lames 24									
lames 15									
lames 11									
<b>aiguilles</b>									
<b>autres disponibles</b>									
lacs rouges									
lacs blancs									
lacs bleus									
lacefs tissu large									
lacefs tissu fin									
<b>instruments</b>									

Actions réalisées si décompte(s) incorrect(s):

- \* rempliage
- \* recherche en salle
- \* scopie de contrôle
- \* radio de contrôle

Signature du médecin opérateur:

Resultat des actions:

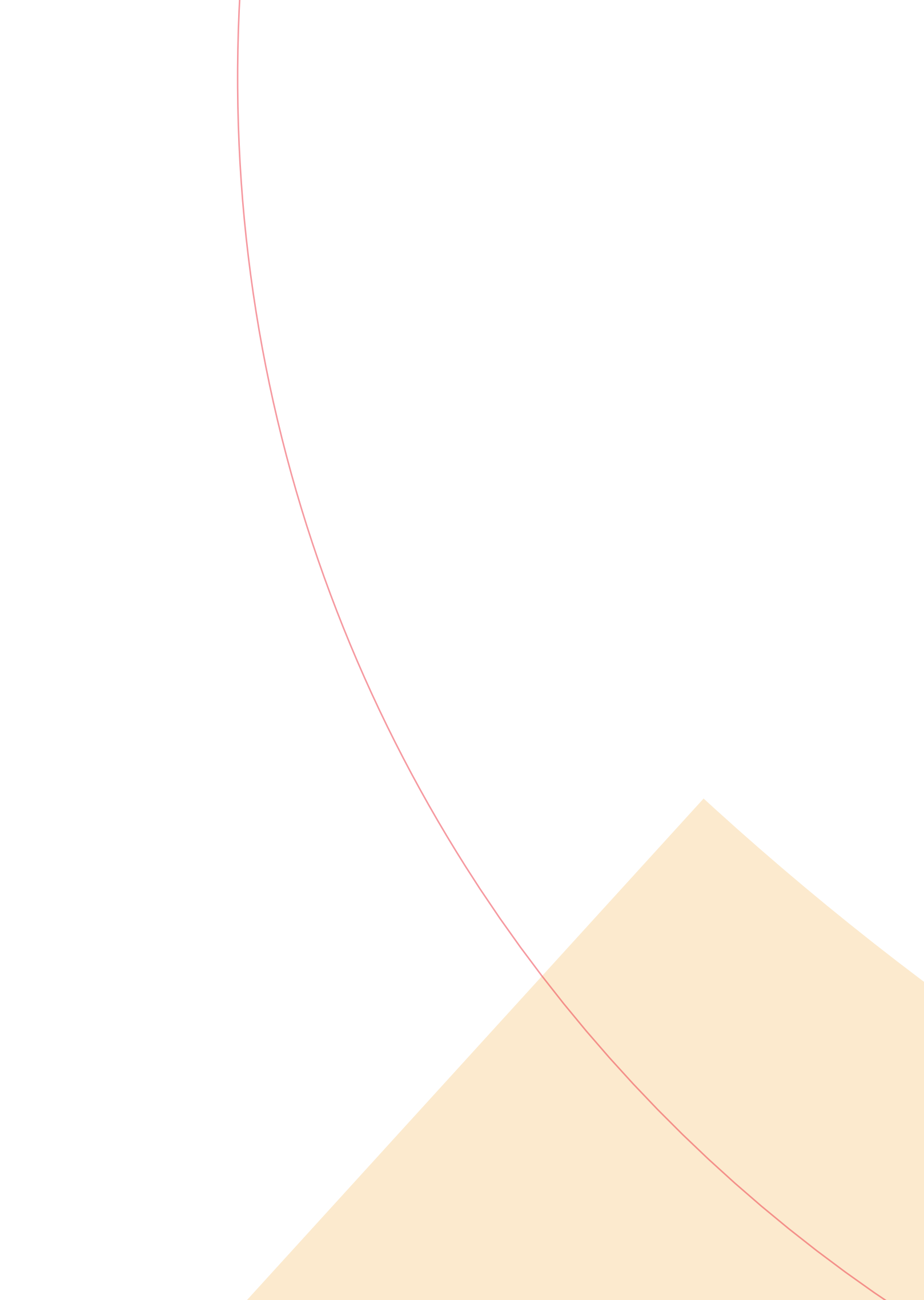
- \* compte(s) correct(s)  oui  non
- > fin d'intervention
- > déclaration d'évènement indésirable (ENNOV)
- > mention dans le protocole du médecin opérateur


Signature infirmière(s) instrumentiste(s):

Les décomptes intermédiaires doivent être effectués:

- > à la fermeture de la 1<sup>ère</sup> couche, avant la fermeture d'une cavité, si risque d'oubli d'instrument(s) et si changement d'instrumentiste

Signature infirmière(s) circulante(s):





# FEUILLE DE LIAISON

Ce document sera complété lors de  
votre hospitalisation par les médecins  
et infirmier.e.s.

A COMPLETER PAR L'INFIRMIER.E DE SALLE DE CATHETERISME CARDIAQUE



Vignette d'identification du patient

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

### Feuille de liaison post KT Ste Elisabeth - Dinant

Médecin prestataire :

○

Médications reçues en salle :

- Héparine UI
- Isoptine 2.5 mg
- Cédocard mg
- Aspégic mg
- Plavix 300/600 mg
- Brilique 90 mg
- Efient 60 mg
- Céfazoline 2g
- Dalacin 600 mg
- Midazolam mg
- Dipidolor mg
- Morphine mg
- Isuprel IV
- Ajmaline mg
- Cordarone mg
- Atropine mg
- Isogelo
- Autres :

Paramètres vitaux en sortie de salle :

Fréquence cardiaque	Tension artérielle	Saturation
BPM	∟	%

Reprise de l'alimentation à \_\_ H \_\_

Autres informations :

Date & Heure :

Nom du personnel infirmier responsable :

A COMPLETER PAR L'INFIRMIER.E DE SALLE DE CATHETERISME CARDIAQUE

**Examen( réalisé : Coronarographie +/- dilatation coronaire**

**Résultats :**

- Coronaires saines
- Lésions non significatives
- Maladie de 1 vaisseau
- Maladie de 2 vaisseaux
- Maladie de 3 vaisseaux
- Tronc commun significatif
- 

**FFR/RFR réalisé ?**

- non
- oui
  - Négatif
  - Positif

**Traitement :**

- Aucun
- Traitement médical
- PAC
- Chirurgie valvulaire
- Angioplastie coronaire :
  - Tronc commun
  - IVA Prox / Moyenne / Distale
  - Première diagonale
  - Deuxième diagonal
  - Circonflexe Proximale / Moyenne / distale
  - Première Marginale
  - Deuxième Marginale
  - Angulaire
  - Coronaire droite Proximale / Moyenne / Distale
  - Postéro-latérale
  - IVP
- PAC
- Chirurgie valvulaire
- Discussion médico-chirurgicale

## A COMPLETER PAR L'INFIRMIER.E DE SALLE DE CATHETERISME CARDIAQUE

Voie d'abord :

- Radiale droite / gauche

Schéma dégonflage bracelet: Quantité d'air dans le bracelet : ml

Quantité d'air à ôter	Heure de pose : H
- 2 ml	+ 30 min
- 2 ml	+ 15 min
- 2 ml	+ 15 min
- 2 ml	+ 15 min
- 2 ml	+ 15 min
- 2 ml	+ 15 min
- 2 ml	+ 15 min
- 2 ml	+ 15 min

- Fémorale droite / gauche
  - Angioseal Oui / Non
  - Pansement compressif à ôter à \_\_ H \_\_
  - Alitement strict jusqu'à \_\_ H \_\_
- Humérale droite / gauche
  - Pansement compressif

**Examen réalisé : Cathétérisme cardiaque droit**

Voie d'abord : Fémorale droite / gauche

- Pansement compressif à ôter à \_\_ H \_\_
- Alitement strict jusqu'à \_\_ H \_\_

A COMPLETER PAR L'INFIRMIER.E DE SALLE DE CATHETERISME CARDIAQUE

**Examen réalisé : Etude électrophysiologique +/- ablation**

Type de procédure :

- Etude simple
- Ablation de flutter auriculaire
- Ablation de TRNAV
- Ablation de TA
- Ablation d'une voie accessoire
- 

Voie d'abord : Fémorale droite / gauche

- Pansement compressif à ôter à \_\_ H \_\_
- Alitement strict jusqu'à \_\_ H \_\_

**Examen réalisé : Pacemaker : Abbott – Biotronik – Boston -Microport – Medtronic**

Type de procédure :

- Changement de boîtier
- Changement de sonde auriculaire / ventriculaire
- Repositionnement de sonde auriculaire / ventriculaire
- Primo-implantation simple chambre
- Primo-implantation double chambre
- Primo-implantation triple chambre
- Upgrade 2>3
- Drainage d'hématome
- Implantation d'un holter implantable
- 

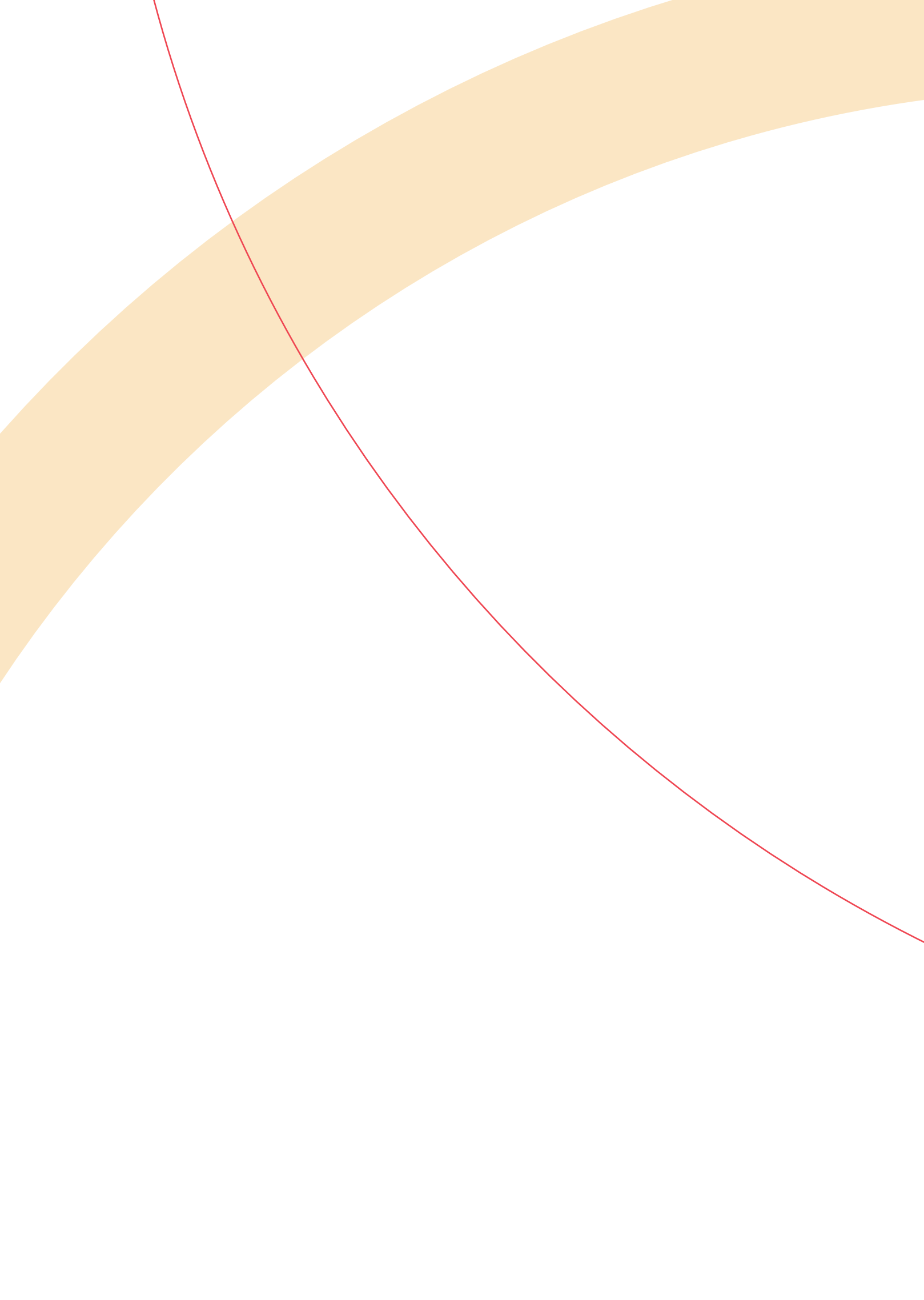
Marque du pacemaker :

- Abbott
- Biotronik
  - Home monitoring : oui / non
- Boston SC
- Microport
- Medtronic

Voie d'abord :

- Sous-clavière droite / gauche

Attelle OUI / NON






# NOTES PERSONNELLES

## **Vous vous posez des questions ?**

N'hésitez pas à les consigner  
ci-contre afin de vous en  
souvenir lorsque vous  
rencontrerez le médecin ou  
l'infirmier.e.



A series of 25 horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.



## INFOS

### Service de Cardiologie

#### Site de Dinant

Rue Saint-Jacques, 501 - 5500 Dinant

✦ **Prise de rendez-vous - Consultations**

+32 82 21 24 31

✦ **Prise de rendez-vous - Techniques et spécifiques**

+32 82 21 43 77

#### Site de Sainte-Elisabeth

Place Louise Godin, 15 - 5000 Namur

✦ **Prise de rendez-vous - Consultations**

+32 81 72 05 50

✦ **Prise de rendez-vous - Techniques et spécifiques**

+32 81 72 05 69

