

Médecin traitant : _____

N° patient : ____

Compléter la première ligne à chaque contact avec le patient et préciser, pour chaque objectif pédagogique poursuivi au cours de cette séance si il est, à l'issue de la séance, acquis, non acquis ou en cours d'acquisition.

L'alimentation

	cochez	Date Réalisée par	Date Réalisée par	Date Réalisée par	Date Réalisée par	Date Réalisée par
Connaître les principes de l'équilibre alimentaire						
Identifier les différents groupes d'aliments dans ses repas						
Identifier les aliments riches en sel/sucres/grasses						
Répartir ses aliments sur une journée						
Respecter un rythme alimentaire adéquat						
Consommer des quantités adéquates						
Choisir les aliments les moins salés / sucrés / riches en graisses						
Répartir correctement les graisses animales et végétales						
Savoir adapter un équilibre alimentaire à différentes situations						
Choisir les modes de préparation des repas						
Choisir ses aliments pendant les courses alimentaires						
Choisir ses aliments pendant les repas à l'extérieur						

Médecin traitant : _____

N° patient : ____

Compléter la première ligne à chaque contact avec le patient et préciser, pour chaque objectif pédagogique poursuivi au cours de cette séance si il est, à l'issue de la séance, acquis, non acquis ou en cours d'acquisition.

Le tabac

	cochez	Date Réalisée par	Date Réalisée par	Date Réalisée par	Date Réalisée par	Date Réalisée par
Repérer sa consommation, les circonstances associées						
Citer les effets néfastes du tabac sur le risque cardio-vasculaire						
Citer les avantages de l'arrêt du tabac						
Citer les différents moyens d'aide au sevrage tabagique						
Repérer les difficultés rencontrées lors du sevrage tabagique						
Repérer les moyens de faire face aux difficultés rencontrées						

L'activité physique

	cochez	Date Réalisée par	Date Réalisée par	Date Réalisée par	Date Réalisée par	Date Réalisée par
Repérer dans une journée les différentes activités possibles						
Connaître les bénéfices d'une activité physique sur le ou les facteurs de risques identifiés						
Choisir une activité physique compatible avec son état de santé						
Adapter l'intensité d'une activité physique à ses possibilités						
Reconnaître les signes d'essoufflement, d'augmentation de la fréquence cardiaque, de douleurs						

Médecin traitant : _____

N° patient : _____

Compléter la première ligne à chaque contact avec le patient et préciser, pour chaque objectif pédagogique poursuivi au cours de cette séance si il est, à l'issue de la séance, acquis, non acquis ou en cours d'acquisition.

La connaissance et la gestion de la maladie

	cochez	Date Réalisée par	Date Réalisée par	Date Réalisée par	Date Réalisée par	Date Réalisée par
Expliquer le lien entre les facteurs de risque cardio vasculaires et la (les) maladie(s)						
Identifier ses propres facteurs de risque						
Identifier l'origine de sa douleur						
Reconnaître les signes d'apparition d'un œdème						
Reconnaître les signes d'aggravation d'un essoufflement						
Caractériser son degré d'essoufflement						
Savoir prendre son pouls et l'interpréter						
Pratiquer et interpréter une automesure tensionnelle						
Pratiquer et interpréter une automesure glycémique						
Remplir une feuille ou un carnet de surveillance						
Connaître les plans d'actions						
Utiliser les traitements d'urgence						
Expliquer le lien entre la maladie et le traitement						
Expliquer le rôle de chaque médicament						
Identifier les principaux effets secondaires						
Expliquer les difficultés de prise de traitement						
Préparer son traitement (pilulier ou autre)						

Le parcours

Médecin traitant : _____

N° patient : ____

Consultation médecin traitant

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Consultation spécialisée

Date : _____

spécialité : _____

Date : _____

spécialité : _____

Date : _____

spécialité : _____

Date : _____

spécialité : _____

Hospitalisation

Date : _____

Motif : _____

Date : _____

Motif : _____

Date : _____

Motif : _____

Consultation IDE libérale

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Consultation diététicienne libérale

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Consultation anti-tabac

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Séance éducateur

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Autres