



INDIQCARD

—

DÉFINITION DE L'E-CRF - V1.0

<i>Commanditaire SFC</i>	<i>Version du document</i>
- Pr N. DANCHIN	- V1.00
<i>Responsable Projet Informatique</i>	<i>Réalisation</i>
- B. PACE - SFC	- E. SCHULTZ - I'AS

Remarques importantes sur ce document

- Ce document présente le contenu d'un dossier patient. Celui-ci est implicitement lié à une structure de soin définie par ailleurs et qui contient les informations suivantes:
 - nom de la structure, nom de l'unité, nom du service (au minimum: nom structure),
 - adresse de la structure,
 - numéro SFC de la structure.
- Les items en rouge et soulignés sont obligatoires. Dans le cas où un titre est en rouge et souligné, c'est l'ensemble des items de la zone qui est obligatoire.
Abréviation: « nd » = non défini
- La présentation des différents éléments (cases à cocher, boutons radio, liste déroulantes, ...) correspond très exactement à la valeur par défaut de l'élément présentée à l'ouverture du formulaire dans le navigateur internet de l'utilisateur.
- Les titres principaux représentent les différentes pages de l'e-CRF.
- En bas de chaque page de l'e-CRF, des boutons 'Enregistrer' et 'Valider' permettent à l'utilisateur d'enregistrer la page. Ces boutons ne sont pas présentés dans ce document.
 - Pour « Valider » une page, tous les items obligatoires de la page doivent être renseignés.
 - « Enregistrer » permet d'enregistrer une page sans renseigner les items obligatoires.
 La différence entre les deux est indiquée à l'utilisateur par un « voyant d'état de page »: vert pour 'Valider', orange pour 'Enregistrer'. De même, cette information apparaît dans le fichier d'export des données dans une colonne 'État de page'.
- Les formulaires médicaux papiers qui sont recopiés dans le système ne possèdent que le 'Code patient', en aucun cas l'identité du patient. L'utilisateur recherche donc le dossier informatisé à partir de ce code.
- Abréviations:
 - « np » : non précisé
 - « NSP » : ne sait pas

Structure de l'e-CRF

- *Présentation schématique, à titre indicatif* -

INFORMATIONS PATIENT	3
<i>Identification Patient</i>	3
<i>Coordonnées Patient</i>	3
<i>Statut Patient</i>	3
<i>Autre(s) Information(s)</i>	4
<i>Personne à contacter</i>	4
<i>Médecin Traitant</i>	4
<i>Cardiologue Traitant</i>	4
QUESTIONNAIRE CARDIOLOGUE	5
Traitement suivi	5
Symptômes	6
Examens	6
Hospitalisation depuis l'Infarctus	7
<i>1 ère Hospitalisation</i>	7
<i>2 ième Hospitalisation</i>	7
Informations Cardiologue	8
QUESTIONNAIRE PATIENT	9
Mode de vie : Tabac	9
Mode de vie : Exercice	9
Mode de vie : Alimentation	9
Mode de vie : Profession	10
Mode de vie : Habitat	10
Questions diverses	10

Informations Patient

Identification Patient

Code patient

Nom Prénom

Date de Naissance

Sexe M F

Lieu de naissance Code commune

ou N° Dép. / C.P. /

et Nom commune

Statut Patient

Statut patient vivant décédé inconnu

Si Décédé

Date - Heure jjmmaaaa - hhmm

Diagnostic principal du décès (en clair, 50 caractères)

Cause

- coronaire
- AVC
- cause vasculaire (anévrisme de l'aorte, AOMI)
- autre cause cardiovasculaire (trouble du rythme, de la conduction cardiomyopathie, insuffisance cardiaque, pathologie vasculaire)
- décès autre cause
- cause non connue ou np
- indéfini
- Mort cardiaque subite
- Défaillance cardio-vasculaire
- Trouble du rythme
- Autre cardio-vasculaire
- Autre non cardio-vasculaire

Modalité du décès

- np
- non subit
- subit < 1h
- subit < 24h

Validation décès

- non oui

Commentaires

Autre(s) Information(s)

Date d'arrivée à l'hôpital (FAST) jjmmaaaa

Personne à contacter

Nom - Prénom

Adresse

C.P. - Ville -

Téléphones: Fixe - Portable

Médecin Traitant

Civilité - Titre - **Nom** [] - [] - [] - Prénom []
Centre []
Service []
Adresse []
[]
C.P. - Ville [] - []
Adr. mail []
Téléphones: Fixe [] - Portable []

Cardiologue Traitant

Civilité - Titre - **Nom** [] - [] - [] - Prénom []
Centre []
Service []
Adresse []
[]
C.P. - Ville [] - []
Adr. mail []
Téléphones: Fixe [] - Portable []

Questionnaire Cardiologue

Date de l'infarctus jjmmaaaa

Date de la consultation jjmmaaaa

Poids

Taille

Traitement suivi

Aspirine non oui

Si oui:

Type

Dose

Arrêt non oui

Si oui:

Pourquoi

Date de l'arrêt jjmmaaaa

Clopidogrel non oui

Si oui:

Type

Dose

Arrêt non oui

Si oui:

Pourquoi

Date de l'arrêt jjmmaaaa

Statine non oui

Si oui:

Type

Dose

Arrêt non oui

Si oui:

Pourquoi

Date de l'arrêt jjmmaaaa

Bêtabloquant non oui

Si oui:

Type

Dose

Arrêt non oui

Si oui:

Pourquoi

Date de l'arrêt jjmmaaaa

IEC

non oui

Si oui:

Type

Dose

Arrêt non oui

Si oui:

Pourquoi

Date de l'arrêt jjmmaaaa

ARA 2

non oui

Si oui:

Type

Dose

Arrêt non oui

Si oui:

Pourquoi

Date de l'arrêt jjmmaaaa

Autres traitements en clair

Complications liées au traitement np non oui

Si oui, lesquelles

Symptômes

Angor np non oui

Si oui, classe canadienne np I II III IV

Dyspnée np non oui

Si oui, classe NYHA np I II III IV

Examens

Un dosage du LDL-c a-t-il été effectué depuis son hospitalisation ? np non oui NSP

Si oui:

Dosage du LDL < à 1 g/L np non oui

Délai de réalisation par rapport à l'hospitalisation np 3 mois 6 mois 1 an > 1an

Un **dosage de la glycémie** à jeun np non oui NSP
 ou chez le diabétique de
 l'hémoglobine glyquée a-t-il été
 effectué depuis son
 hospitalisation ?

Si oui:

Date de réalisation par rapport à np 3 mois 6 mois 1 an > 1an
 l'hospitalisation

ECG d'effort a-t-il été réalisé ? np
 non
 oui
 Contre indication
 NSP

Si oui:

Date de réalisation par rapport à np 3 mois 6 mois 1 an
 l'hospitalisation

Une évaluation de la **FEVG** np
 (échographie, angiographie ou non
 scintigraphie) a-t-elle été faite ? oui
 Contre indication
 NSP

Si oui:

Date de réalisation par rapport à np 3 mois 6 mois 1 an
 l'hospitalisation

La FEVG est-elle ? np < 40% > 40% NSP

Altération de la FEVG np non oui

Hospitalisation depuis l'Infarctus

1 ère Hospitalisation

Date

Pourquoi?

Hôpital / clinique

Service

Médecin (nom - prénom) -

2 ième Hospitalisation

Date

Pourquoi?

Hôpital / clinique

Service

Médecin (nom - prénom) -

Informations Cardiologue

Comment ce patient vous-a-t-il été adressé :

- np
- par son médecin traitant
- par suivi direct
- autre (préciser)

Autre, préciser

Combien de fois par an voyez-vous ce patient ?

- np
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- > 4

Envoyez-vous systématiquement un compte rendu de votre consultation au médecin traitant ?

- np
- non
- oui

Avez -vous des remarques ou commentaires à formuler ?

Questionnaire Patient

Mode de vie : Tabac

Etes-vous fumeur actuellement ? np non oui

Si oui, type de Tabac :

Cigarette np non oui

Si oui, nb. cigarette / j.

Cigare np non oui

Si oui, nb. cigarette / j.

Pipe np non oui

Si oui, nb. cigarette / j.

Si non :

Avez-vous déjà été fumeur ? np non oui

Si oui, quand avez-vous arrêté de fumer ? aaaa

Mode de vie : Exercice

Avez-vous une activité physique régulière ? np non oui

Pratiquez-vous une activité sportive au moins une fois par semaine ? np non oui

Si oui :

Laquelle

Et combien de temps par semaine (nombres d'heures) (en décimal, par ex.: 1,5 = 1h30)

Avez-vous été informé de l'intérêt d'avoir une activité régulière ? np non oui

Mode de vie : Alimentation

- décrire ce que vous consommez en moyenne, par jour ou par semaine -

Beurre np Jamais 1 fois / j. 2 à 4 fois / j. + de 4 fois / j.

Laitage np Jamais 1 fois / j. 2 à 4 fois / j. + de 4 fois / j.

Pain np Jamais < 50g / j. 50 à 200g / j. + de 200g / j.

Viande np Jamais < 100g / j. 100 à 200g / j. + de 200g / j.

Sucre np Jamais ≤ 2 / j. 3 à 4 / j. + de 4 / j.

Féculents np Jamais ≤ 2 / j. 3 à 4 / j. + de 4 / j.

Poisson np Jamais 1 fois / s. 2 à 4 fois / s. + de 4 fois / s.

Œufs np Jamais 1 fois / s. 2 à 4 fois / s. + de 4 fois / s.

Charcuterie	<input type="radio"/> np	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1 fois / s.	<input type="radio"/> 2 à 4 fois / s.	<input type="radio"/> + de 4 fois / s.
Légumes verts	<input type="radio"/> np	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1 fois / s.	<input type="radio"/> 2 à 4 fois / s.	<input type="radio"/> + de 4 fois / s.
Fruits frais	<input type="radio"/> np	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1 fois / s.	<input type="radio"/> 2 à 4 fois / s.	<input type="radio"/> + de 4 fois / s.
Dessert sucrés	<input type="radio"/> np	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> < 2 fois / s.	<input type="radio"/> 2 à 4 fois / s.	<input type="radio"/> + de 4 fois / s.
Chocolat noir	<input type="radio"/> np	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> < 2 fois / s.	<input type="radio"/> 2 à 4 fois / s.	<input type="radio"/> + de 4 fois / s.
Chocolat au lait	<input type="radio"/> np	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> < 2 fois / s.	<input type="radio"/> 2 à 4 fois / s.	<input type="radio"/> + de 4 fois / s.
Boissons sucrées	<input type="radio"/> np	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> < ½ L. / j.	<input type="radio"/> ½ à 1 L. / j.	<input type="radio"/> + de 1 L. / j.
Vin, bière, apéritif, digestif	<input type="radio"/> np	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> ≤ 1 verre / j.	<input type="radio"/> 2 à 3 verres / j.	<input type="radio"/> + de 3 verres / j.
Eau minérale	<input type="radio"/> np	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> < ½ L. / j.	<input type="radio"/> ½ à 1 L. / j.	<input type="radio"/> + de 1 L. / j.
Café	<input type="radio"/> np	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> ≤ 1 tasse / j.	<input type="radio"/> 2 à 3 tasses / j.	<input type="radio"/> + de 3 tasses / j.
Thé	<input type="radio"/> np	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> ≤ 1 tasse / j.	<input type="radio"/> 2 à 3 tasses / j.	<input type="radio"/> + de 3 tasses / j.

Mode de vie : Profession

Si vous travaillez actuellement, quelle est votre profession ?

Si vous ne travaillez pas actuellement, êtes-vous:

Retraité ou pré-retraité non oui

Si oui, depuis quelle date aaaa

En invalidité non oui

Si oui, depuis quelle date aaaa

Au chômage non oui

Si oui, depuis quelle date aaaa

Sans profession non oui

Si oui, depuis quelle date aaaa

Mode de vie : Habitat

Vivez-vous np seul en couple avec des proches

Vivez-vous en maison de retraite non oui

Questions diverses

(6 -) Avez-vous été informé sur les signes évocateurs de l'infarctus ? np non oui NSP

(7 -) Avez-vous reçu une information sur l'intérêt de l'appel au 15 ?

- np non oui NSP

(8 -) Avez-vous eu un réentraînement en centre de readaptation ?

- np non oui NSP

(9 -) Est-ce qu'il vous arrive d'oublier de prendre certains de vos médicaments ?

- np
 Jamais
 < 2 fois / semaine
 2 à 4 fois / semaine
 + de 4 fois / semaine

(10 -) Avez-vous interrompu votre (vos) médicament(s) pour effet indésirable ?

- np non oui

Si oui, Pourquoi ?

Date de remplissage de ce questionnaire

 jjmmaaaa

VERSIONS

Version	Date	Objet	Auteur
V 1.0	13/08/09	Création de la définition de l'e-CRF sur la base des documents: - « Questionnaire Cardiologue UFCV_V.6.doc » pour la partie Questionnaire Cardiologue - « Questionnaire Patient pour UFCV_V.6.doc » pour la partie Questionnaire Patient	B. PACE
V1.01	27/08/09	- Mise à jour des 3 pages (items non obligatoires, suppr. de Coord. patient & NIP, corrections mineures sur libellés, ...)	