**PROTOCOLE INSUFFISANCE CARDIAQUE**

**MSP de**

Notre patientèle inscrite MT à XXX est de X XXX patients avec file active de X XXX patients (chiffres 12/2023). Nous dénombrons **XX patients insuffisants cardiaque** fin 2023.

1. **Consultation médicale d’identification**

**Dépistage du patient** : dyspnée à l’effort, tachycardie, fatigue, prise de poids, œdèmes périphériques (EPOF)

Diagnostic : prise de poids (de 2 à 3 kg sur quelques jours) + ECG + Créatinine et DFG, BNP ou NT-proBNP : *IC décompensée probable si BNP> 35 pg/ml, NT-proBNP>125pg/ml ou BNP> 100 pg/ml,NT-proBNP>400 pg/ml en situation aiguë*

**Confirmation du diagnostic : échographie cardiaque** : = FEVG < 50%

* FEVG < 40 % = IC systolique (ICS) à fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) réduite ≤ 40 % (IC-FER)
* FEVG entre 41 et 49% : IC à FEVG modérément réduite (IC-FEmR-"midly reduced")
* si FEVG≥ 50 %, on évoque l’insuffisance cardiaque à fraction d’éjection préservée (ICFEP)
* Non intégrée dans le protocole : ICFEP, insuffisance cardiaque droite

***A faire :***

1. **Proposer une consultation spécifique d’explications et/ou consultation à sortie d’hospitalisation**
2. **Inscrire le diagnostic** dans le dossier avec codage CIM 10 (I50)
3. **Consultation médicale d’explications**

***A faire :***

1. Expliquer le diagnostic avec des schémas, ou lien internet avec vidéo
2. Examen clinique complet : poids, TA, cœur, vasculaire
3. Prévoir une rééducation cardiaque à l’effort si possible
4. Contrôler le statut vaccinal grippe et pneumocoque
5. Contrôler le traitement et effectuer une titration (IEC, ARA II, bétabloquant, diurétiques, antagonistes de l’aldostérone , sacubitril-valsartan, glifozine)
6. Proposer un « suivi renforcé » à expliquer selon le stade :

|  |  |
| --- | --- |
|  | CS + Biologie |
| Sortie H  | J 14  |
| En cours titration  | tous les 14 jours |
| Stabilisé  | tous les 1 à 3 mois |

1. Demander l’autorisation de présenter le dossier en RCP
2. Demander une ALD
3. Remettre la prescription d’intervention de l’IDE concernée pour ETP
4. Inscrire les noms de IDE et pharmacie dans le dossier
5. **RCP**

***A faire :***

1. Exposé du dossier
2. Accord de l’équipe sur traitement et/ou suivi
3. Vérifier le remplissage du dossier
4. **Consultation n°1 chez l’IDE (50’) pour ETP**

***A faire :***

1. Bilan de ce qui a été compris
2. Compléter les infos
3. Expliquer les éléments à surveiller et les signes d’alerte
4. Remise des documentations
5. Recueil de l’accord sur le traitement et sur le suivi
6. **Délivrance à la pharmacie**

Lors des passages pour délivrance de médicaments ou en automédication

***A faire :***

1. Information sur les médicaments
2. Conseils usuels : surveillance poids, TA, restriction sur sel et vigilance sur l’automédication
3. **Consultation chez le médecin généraliste**

Toutes consultations ultérieures

***A faire :***

1. Surveillance des constantes
2. Adaptation du traitement
3. Recueil de satisfaction concernant le suivi
4. **En cas de souci ou problème**

***A faire :***

1. Inscription du dossier en RCP
2. Analyse du souci
3. Pistes à trouver
4. **Orientation vers le cardiologue**
* Systématiquement une fois par an pour calcul de la FEVG
* Formes évolutives, quel que soit le stade
* ***Transmission de dossier en téléexpertise***
* Présence de complications

***A faire :***

1. Editer un VMS
2. ***Téléexpertise via SISRA***
3. **Consultation en trinôme**

Médecin + Pharmacien + IDE, en présence du patient si possible

Maximum à J 30 après hospitalisation

***A faire :***

1. Explications sur le traitement