

# REEDUCATION CARDIAQUE APRES POSE DE DAI

**ASSEMBLEE GENERALE APODEC 2011**



# Réadaptation cardiaque



- Ensemble des mesures permettant une approche GLOBALE du patient
- Processus personnalisé et coordonné
- Personne intégrée dans son milieu familial et communautaire

# Pour qui ?

## ➤ RECOMMANDATIONS (révisées en 2002)

### Niveau A: recommandation reconnue

- Études randomisées multiples, méta-analyses

### Niveau B: recommandation acceptée

- Une seule étude randomisée ou plusieurs études non randomisées

### Niveau C: recommandation possible

- Consensus d'experts

# Liste non exhaustive

|  | Niveau A | Niveau B | Niveau C |
|--|----------|----------|----------|
| Post infarctus                                   | X        |          |          |
| Post pontage coronarien et remplacement de valve |          | X        |          |
| Insuffisance cardiaque chronique                 | X        |          |          |
| Greffe cardiaque                                 | X        |          |          |
| Patients porteurs stimulateur ou défibrillateur  |          |          | X        |

# Défibrillateur implantable

**Il existe peu de données scientifiques disponibles pour cette indication de réadaptation cardiaque.** La plupart des arythmies étant favorisées par l'effort, les indications et modalités de la réadaptation cardiaque doivent être **discutées avec les cardiologues rythmologues** responsables de ces patients. Cependant nombre d'entre eux peuvent bénéficier d'une réadaptation, d'autant plus que beaucoup tendent à diminuer spontanément leur activité physique de peur de déclencher une arythmie [3-6].

**On distingue, dans cette population, les patients présentant une détérioration de la fonction ventriculaire gauche (ce sont les plus nombreux) et ceux ne présentant pas d'anomalies structurales importantes du myocarde.** Les premiers, qui ont habituellement de faibles capacités d'effort, doivent bénéficier d'un programme particulier (voir chapitre de l'entraînement chez l'insuffisant cardiaque). Les seconds ont, en revanche, souvent une capacité physique normale, le but de la réadaptation cardiaque étant alors essentiellement de **savoir gérer leurs activités physiques** [7, 8].

Les défibrillateurs implantables sont programmés pour réduire une tachycardie ventriculaire par stimulation rapide brève ou choc électrique interne, quand la fréquence cardiaque atteint un certain seuil.

Les appareils les plus récents possèdent un algorithme leur permettant de différencier les tachycardies sinusales des tachycardies ventriculaires.

Néanmoins, un déclenchement inapproprié de l'appareil peut survenir et **il est important de connaître le seuil de déclenchement avant de commencer le programme de réadaptation.**

Le test d'effort préalable à la réadaptation permet de régler le programme d'exercice, rassure le patient sur ses possibilités et permet d'évaluer le risque d'une éventuelle arythmie d'effort.

**Le niveau des exercices est réglé par la fréquence cardiaque déterminée par l'épreuve d'effort initiale, qui doit être dans tous les cas inférieure de 20 à 30 bat/min à la fréquence seuil de déclenchement programmé du défibrillateur.**

La surveillance se fait par monitoring au cours des premières séances, puis, en l'absence de complications, par cardio-fréquence-mètre (sous réserve de l'absence d'interférence avec le stimulateur) ou par la prise des pulsations. Enfin, là encore, les séances sont précédées d'un échauffement de 3 à 5 minutes et sont interrompues progressivement pour diminuer le risque d'arythmie.

**Références : 1. Greco EM, Guardini S, Citelli L. Cardiac**

# POURQUOI?



- Diminue le nombre d'hospitalisation
- Méthode facilitant retour vie « d'avant »

# Comment ça marche?

# Critères d'admission

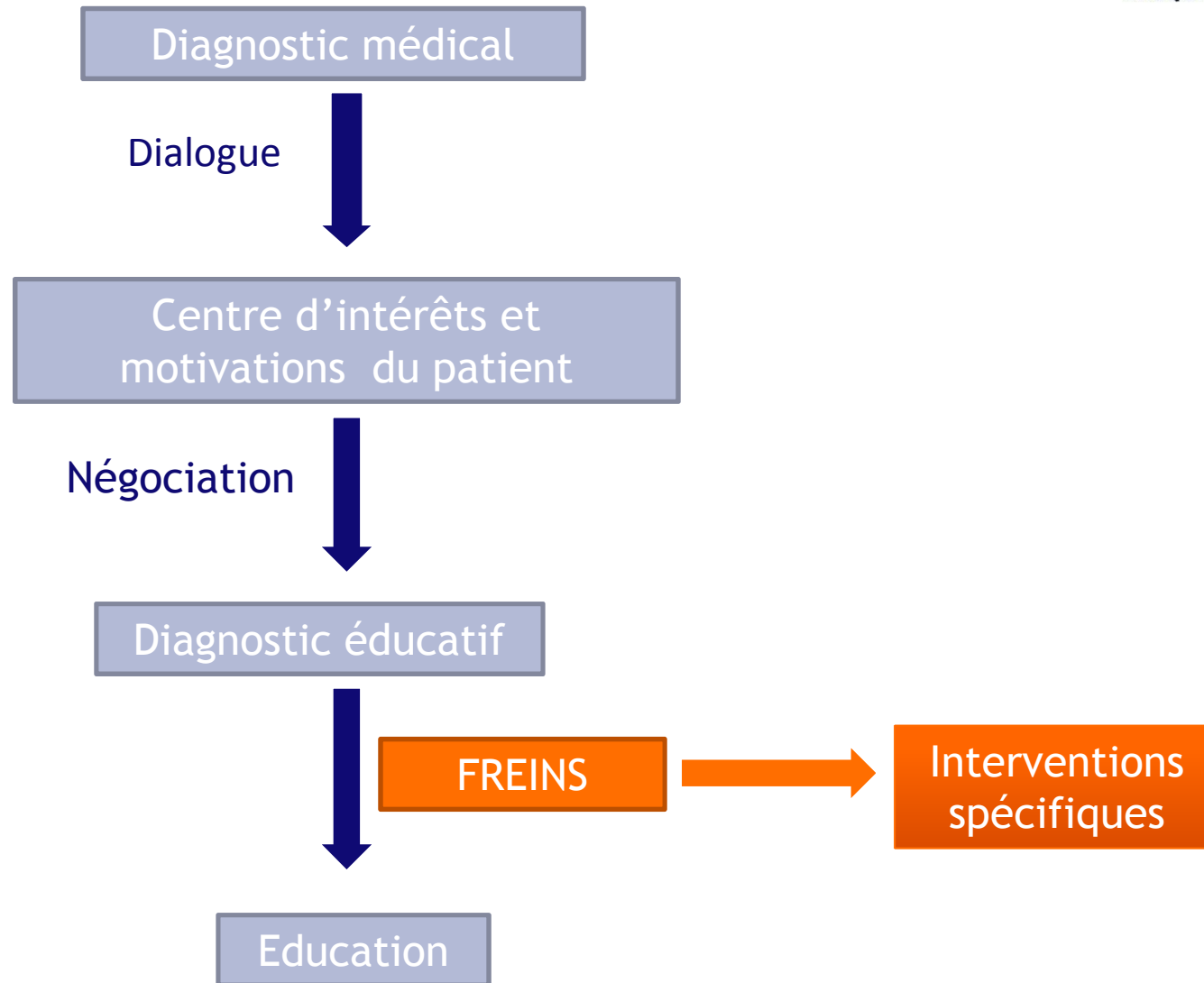


- Patient adressé (pas d'accès direct)
- ALD 30 (prise en charge intégrale)
- Cardiologiquement stable, efforts autorisés

# Première séance

- Recueil de données: *traitements, livret boitier...*
- Recherche de facteurs de risque cardiovasculaires :  
*diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, tabac, sédentarité*
- ECG
- Consultation cardiologique, loge boitier
- Épreuve d'effort
- Diagnostic éducatif
- Planning personnalisé

# Comment fait-on un diagnostic éducatif ?



Réadaptation  
Cardio-Vasculaire Ambulatoire

*Réadaptation  
Cardio-Vasculaire Ambulatoire*

## FICHE DE DIAGNOSTIC EDUCATIF

Fait par

Le

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| Médecin traitant : | Cardiologue : |
|--------------------|---------------|

1. Priorités d'apprentissage :

2. Motivations et centres d'intérêts retenus par le patient :

3. Thème(s) d'ETP choisi(s) :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Patient appareillé          | <input type="checkbox"/> Maladie coronaire/traitement/CAT en urgence   |
| <input type="checkbox"/> Lutte contre la sédentarité | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle/ automesure tensionne |
| <input type="checkbox"/> Diabète / Réseau REVESDIAB  | <input type="checkbox"/> Equilibre alimentaire / obésité/dyslipidémie  |
| <input type="checkbox"/> Sevrage tabac               |  |

4. Facteurs facilitants (FF)/ Barrières (B) :

|                              | FF                       | B                        |                              | FF                       | B                        |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Compréhension/ concentration | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Langue                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jugement                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Culture                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mémoire                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Milieu de vie                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacités à communiquer      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fragilité psychologique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entourage                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stress                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision / Lecture/ Audition   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficultés professionnelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

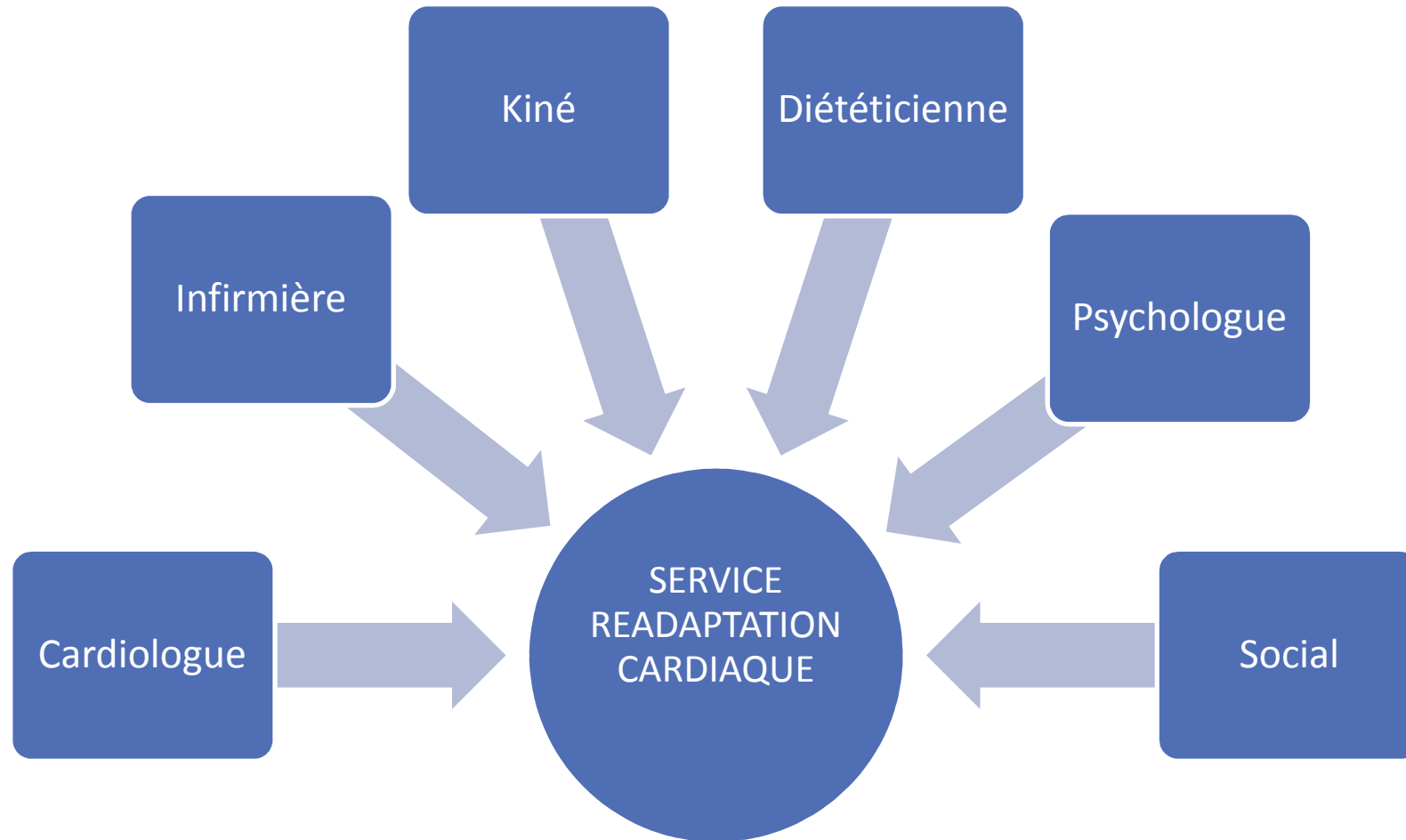
Autres : \_\_\_\_\_

5. Soins ou prises en charges complémentaires :

6. interventions spécifiques

7. Suivi médical

# Equipe pluridisciplinaire : A chacun ses objectifs!



Réadaptation  
Cardio-Vasculaire Ambulatoire

Cardiologue

Prise en charge globale de la maladie

Optimisation du traitement

Diagnostic éducatif

Kiné

Réentraînement effort

Lutte contre la sédentarité

Infirmière

Compétence d'auto surveillance  
(poids bi hebdo. TA, INR...)

Soins: pansements...

Diététicienne

Équilibre alimentaire

Régime

MANQUE 2 INTERVENANTS ?

Réadaptation  
Cardio-Vasculaire Ambulatoire

# Déroulement des séances

- Équipement : cardiofrequence mètre/télémétrie
- 20 min échauffement
- 30 min endurance (+15min)
- 5 min étirement
- 30 min gymnastique
- 10 min étirement
- 60 min éducation individuelle ou collective
- Consultations individuelles ,interventions spécifiques

# Dernière séance

- Consultation cardiologique
- Épreuve d'effort finale épuisante
- Evaluation connaissance
- Supports éducatifs
- Compte rendu avec fiche de synthèse aux médecins et au patient

# Cas clinique n° 1

- Mme T. née le ../../63
- Infarctus mai 2008, angioplastie et Stent
- Fibrillation ventriculaire
- DAI octobre 2008
- Fonction ventriculaire gauche à 45 %
- Adressée par cardiologue traitant (ville)

# Objectifs cas n°1

- **Prise en charge globale de la maladie**
  - Optimisation et éducation concernant les traitements
- **Identification et lutte contre les facteurs de risque cardio vasculaires**
- **Réentrainement à l'effort (endurance)**
- **Diagnostic éducatif**
- **Cardiopathie ischémique stable, optimisation beta bloquant**
- **Surcharge pondérale, dyslipidémie, sédentarité**
- **Épreuve d'effort épuisante: 110 watts, 146 bat/min FCE: 110bat/min**
- **Fiche de diagnostic**

*Réadaptation  
Cardio-Vasculaire Ambulatoire*

## FICHE DE DIAGNOSTIC EDUCATIF

Fait par **Dr C. HIRSCH**

Le **29/09/2010**

Médecin traitant : **Dr D.**

Cardiologue : **Dr B.**

1. Priorités d'apprentissage : CAT en cas d'urgence
2. Motivations et centres d'intérêts retenus par le patient : être active
3. Thème(s) d'ETP choisi(s) :
 

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Patient appareillé          | <input type="checkbox"/> Maladie coronaire/traitement/CAT en urgence      |
| <input type="checkbox"/> Lutte contre la sédentarité | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle/ automesure tensionnelle |
| <input type="checkbox"/> Diabète / Réseau REVESDIAB  | <input type="checkbox"/> Equilibre alimentaire / obésité/dyslipidémie     |
| <input type="checkbox"/> Sevrage tabac               |   |
4. Facteurs facilitants (FF)/ Barrières (B) : pas de barrières identifiées à l'admission
 

|                              | FF                       | B                        |                              | FF                       | B                        |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Compréhension/ concentration | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Langue                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jugement                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Culture                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mémoire                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Milieu de vie                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacités à communiquer      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fragilité psychologique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entourage                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stress                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision / Lecture/ Audition   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficultés professionnelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autres : \_\_\_\_\_
5. Soins ou prises en charges complémentaires : A évaluer par psychologue
6. Interventions spécifiques \_APODEC
7. Suivi médical \_VILLE

PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE - PATIENT APPAREILLÉ

AUTOÉVALUATION N°1

Vous venez de terminer votre programme de réadaptation cardiaque. Afin de faire le point sur les connaissances que vous avez acquises, je vous propose de remplir cet auto-questionnaire. Nous vous enverrons dans un an et dans quatre ans, le même questionnaire afin d'évaluer la pérennité de vos acquisitions. Merci de prendre le temps de remplir ce questionnaire, car il est important pour l'équipe de savoir si nos messages éducatifs ont été assez clairs et n'ont pas été oubliés !

Autoévaluation remplie le 07/12/2010  Seul(e)  Avec votre médecin / cardiologue traitant

- Qu'est-ce qu'une fréquence cardiaque ?  
*c'est le Rythme au quel le cœur bat avant et après l'effort.*
- A votre avis, à combien se situe la fréquence cardiaque minimale et maximale d'un cœur sain au repos et à l'effort ? *100 minimale - 220 maximale*
- Citez deux pannes électriques du cœur  
*- avant cardiaque - mauvais fonctionnement de la Paucif.  
- Piles*
- Quels appareils susceptibles de réguler le rythme cardiaque connaissez-vous ? contre quels problèmes protègent-ils le patient ?  
*pacemaker - contre la crise cardiaque -*
- Chez certains patients le rythme cardiaque n'est ni trop lent, ni trop rapide, pourtant l'implantation d'un stimulateur ou d'un défibrillateur est proposée. Pourquoi ?  
*Talycardie*
- Vous concernant quel est la marque de votre boîtier et combien de sonde avez-vous ?  
*1 sonde.*
- Combien de fois par an devez-vous consulter votre Rythmologue ? *Tous les 6 mois*
- Qui s'occupe de quoi ? cochez la réponse exacte *Rythmologue -*

|  | Cardiologue de ville                | Rythmologue                         |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Traitement médicamenteux                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Analyser les résultats de la prise de sang | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Faire un électrocardiogramme               | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Interroger le boîtier et sa batterie       |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |

9. Pour quel(s) motif(s) devez vous contacter en urgences votre Rythmologue ? cochez la réponse exacte

|   | OUI                                 | NON                                 |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Le boîtier sonne                                |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ma cicatrice change d'aspect                    |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ai ressenti un choc                             | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| J'ai fait un malaise avec perte de connaissance | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Je ne me sens pas bien                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| J'ai la poitrine qui saute de temps en temps    |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |

10. Que pouvez-vous faire parmi les activités suivantes ? cochez et complétez si besoin

|  | Interdit                            | Autorisé                            | Autorisé sous condition(s) (à spécifier) |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Soudure à l'arc                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |  |
| Jardinage (taille de haie)                   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Tatouage au bistouri électrique              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |  |
| Passer sous un portique 'aéroport            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |  |
| Passer à travers un portique antivol         | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |  |
| Utilisation téléphone portable, MP3          |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Examen IRM                                   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>voir avec le Radiologue</i>           |
| Conduite automobile                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Golf   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | <i>Course des mouvements répétitifs.</i> |
| Tennis                                       |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Avec Moderation.</i>                  |
| Musculation : tractions, pompes et butterfly |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Trop d'appui sur le bras</i>          |
| Sports de combat et de contact               | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | <i>Trop près de l'adversaire.</i>        |

Concernant le programme d'éducation thérapeutique en lui-même et l'organisation du service :

| Comment jugez-vous :  | Très Satisfaisant(e)                | Satisfaisant(e)                     | Passable                 | Mauvais                  |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'accueil dans le service de réadaptation cardiaque                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le contenu du programme d'éducation thérapeutique                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La qualité des supports utilisés ou remis (documents, présentations...) | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La durée du programme d'éducation thérapeutique                         | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ce programme a-t-il globalement répondu à vos attentes de manière :     | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous des remarques ou suggestions d'amélioration concernant le programme d'éducation thérapeutique que vous avez suivi :  
*Pour d'infos sur la nutrition, plus d'infos sur la maladie et les enseignement.*



Madame T.

Réadaptation  
Cardio-Vasculaire Ambulatoire

## PROGRAMME D EDUCATION THERAPEUTIQUE PERSONNALISEE

### Fiche de synthèse

THEME : PACEMAKER ET DEFIBRILLATEUR

NA= non acquis ; ECA= en cours d'acquisition ; A = acquis

#### 1. Comprend sa maladie :

|   | NA | ECA | A |
|---|----|-----|---|
| Connait le motif d'implantation           |    |     | X |
| S'exprime sur son ressenti, ses craintes  |    |     | X |
| A identifié son type de matériel (PM/DAI) |    |     | X |

#### 2. Vivre avec

|  | NA | ECA | A |
|--|----|-----|---|
| Touche, regarde sa cicatrice, s'approprie son matériel |    |     | X |
| Pose naturellement des questions sur son appareillage  |    |     | X |
| Connait les interférences à la maison                  |    |     | X |
| Connait les interférences en extérieur                 |    | X   |   |
| Connait les gestes à éviter                            |    |     | X |

#### 3. Suivi/urgences

|  | NA | ECA | A |
|--|----|-----|---|
| Fait la distinction entre consultation rythmologique/cardiologique |    |     | X |
| Connait les motifs de consultation rythmologique. en urgences      |    | X   |   |

# Cas clinique n°2

- Mr P. 42 ans, cardiopathie dilatée primitive avec fonction ventriculaire à 25 %, porteur DAI
- Consultation de suivi boitier
- Suivi boitier OK
- Docteur, ai-je le droit de ....?
- Docteur, et si le boitier se déclenche ?

 **rééducation et éducation**

Réadaptation  
Cardio-Vasculaire Ambulatoire

## FICHE DE DIAGNOSTIC EDUCATIF

Fait par Dr C HIRSCH

Le 21 /01/11

Médecin traitant :

Cardiologue : Dr L.

1. Priorités d'apprentissage : tout

2. Motivations et centres d'intérêts retenus par le patient :

3. Thème(s) d'ETP choisi(s) :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Patient appareillé          | <input type="checkbox"/> Maladie coronaire/traitement/CAT en urgence   |
| <input type="checkbox"/> Lutte contre la sédentarité | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle/ automesure tensionne |
| <input type="checkbox"/> Diabète / Réseau REVESDIAB  | <input type="checkbox"/> Equilibre alimentaire / obésité/dyslipidémie  |
| <input type="checkbox"/> Sevrage tabac               |  |

4. Facteurs facilitants (FF)/ Barrières (B) :

|                              | FF                       | B                        |                              | FF                       | B                                   |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Compréhension/ concentration | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Langue                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Jugement                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Culture                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Mémoire                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Milieu de vie                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Capacités à communiquer      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fragilité psychologique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Entourage                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stress                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vision / Lecture/ Audition   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficultés professionnelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

Autres : \_\_\_\_\_

5. Soins ou prises en charges complémentaires :relaxation psychologue

6. interventions spécifiques APODEC

7. Suivi médical CAYENNE



HÔPITAL PRIVÉ  
JACQUES CARTIER

Réadaptation  
Cardio-Vasculaire Ambulatoire

Nom : P  
Prénom :  
Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE - PATIENT APPAREILLÉ

AUTOÉVALUATION N° 1

Vous venez de terminer votre programme de réadaptation cardiaque. Afin de faire le point sur les connaissances que vous avez acquises, je vous propose de remplir cet auto-questionnaire. Nous vous enverrons dans un an et dans quatre ans, le même questionnaire afin d'évaluer la pérennité de vos acquisitions. Merci de prendre le temps de remplir ce questionnaire, car il est important pour l'équipe de savoir si nos messages éducatifs ont été assez clairs et n'ont pas été oubliés !

Autoévaluation remplie le 25/02/11  Seul(e)  Avec votre médecin / cardiologue traitant

1. Qu'est ce qu'une fréquence cardiaque ?

Rythme du cœur

2. A votre avis, à combien se situe la fréquence cardiaque minimale et maximale d'un cœur sain au repos et à l'effort ?

60 - 160

3. Citez deux pannes électriques du cœur

- tachycardie

4. Quels appareils susceptibles de réguler le rythme cardiaque connaissez-vous ? contre quels problèmes protègent-ils le patient ?

Le stimulateur

le défibrillateur

5. Chez certains patients le rythme cardiaque n'est ni trop lent, ni trop rapide, pourtant l'implantation d'un stimulateur ou d'un défibrillateur est proposée. Pourquoi ?

Pour permettre la synchronisation droite et gauche du cœur

6. Vous concernant quel est la marque de votre boîtier et combien de sonde avez-vous ?

Medtronic à trois sondes

7. Combien de fois par an devez-vous consulter votre Rythmologue ?

2 fois l'an

8. Qui s'occupe de quoi ? cochez la réponse exacte

|  | Cardiologue de ville | Rythmologue |
|--|----------------------|-------------|
| Traitement médicamenteux                   | X                    | X           |
| Analyser les résultats de la prise de sang | X                    |             |
| Faire un électrocardiogramme               | X                    |             |
| Interroger le boîtier et sa batterie       |                      | X           |

9. Pour quel(s) motif(s) devez vous contacter en urgences votre Rythmologue ? cochez la réponse exacte

|   | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Le boîtier sonne                                |     |     |
| Ma cicatrice change d'aspect                    |     |     |
| J'ai ressenti un choc                           | X   |     |
| J'ai fait un malaise avec perte de connaissance | X   |     |
| Je ne me sens pas bien                          |     |     |
| J'ai la poitrine qui saute de temps en temps    | X   |     |

10. Que pouvez-vous faire parmi les activités suivantes ? cochez et complétez si besoin

|  | Interdit | Autorisé | Autorisé sous condition(s) (à spécifier) |
|--|----------|----------|--|
| Soudure à l'arc                              | X        |          |  |
| Jardinage (taille de haie)                   |          | X        | avec une hache                           |
| Tatouage au bistouri électrique              |          |          |  |
| Passer sous un portique d'aéroport           | X        |          |  |
| Passer à travers un portique antivol         |          | X        |  |
| Utilisation téléphone portable, MP3          |          | X        | écouter à l'oreille G                    |
| Examen IRM                                   | X        |          |  |
| Conduite automobile                          |          | X        |  |
| Golf   | X        |          |  |
| Tennis                                       | X        |          |  |
| Musculation : tractions, pompes et butterfly | X        |          |  |
| Sports de combat et de contact               | X        |          |  |

Concernant le programme d'éducation thérapeutique en lui-même et l'organisation du service :

| Comment jugez-vous :  | Très Satisfaisant(e)                | Satisfaisant(e)          | Passable                 | Mauvais                  |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'accueil dans le service de réadaptation cardiaque                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le contenu du programme d'éducation thérapeutique                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La qualité des supports utilisés ou remis (documents, présentations...) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La durée du programme d'éducation thérapeutique                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ce programme a-t-il globalement répondu à vos attentes de manière :     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous des remarques ou suggestions d'amélioration concernant le programme d'éducation thérapeutique que vous avez suivi :

.....  
.....

**Réadaptation**  
**Cardio-Vasculaire Ambulatoire**

**PROGRAMME D EDUCATION THERAPEUTIQUE PERSONNALISEE**

**Fiche de synthèse**

**THEME : PACEMAKER ET DEFIBRILLATEUR**

NA= non acquis ; ECA= en cours d'acquisition ; A = acquis

**1. Comprend sa maladie :**

|   | NA | ECA | A |
|---|----|-----|---|
| Connait le motif d'implantation           |    |     | X |
| S'exprime sur son ressenti, ses craintes  |    |     | X |
| A identifié son type de matériel (PM/DAI) |    |     | X |

**2. Vivre avec**

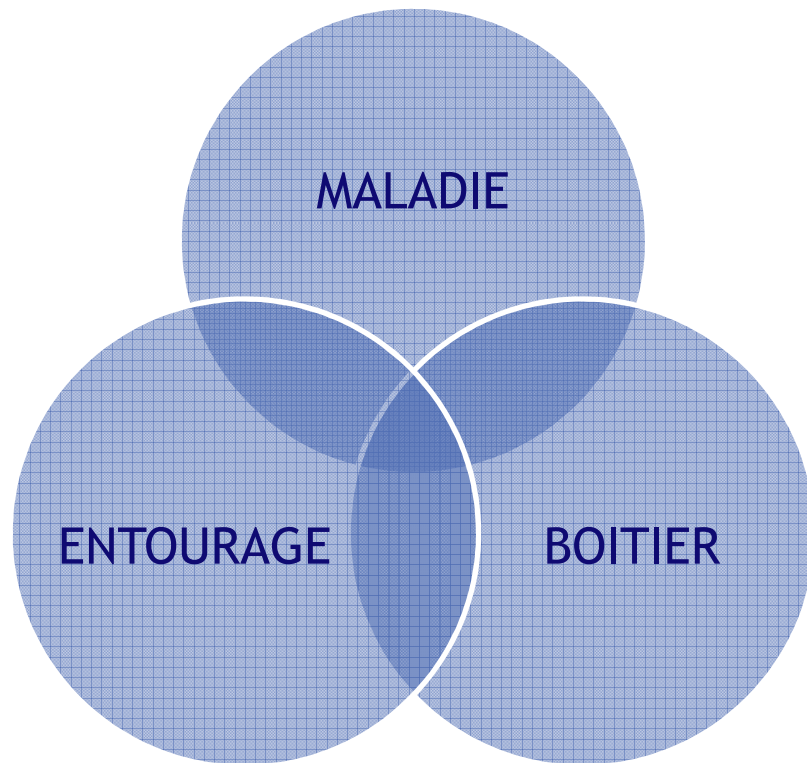
|  | NA | ECA | A |
|--|----|-----|---|
| Touche, regarde sa cicatrice, s'approprie son matériel |    |     | X |
| Pose naturellement des questions sur son appareillage  |    |     | X |
| Connait les interférences à la maison                  |    | X   |   |
| Connait les interférences en extérieur                 |    |     | X |
| Connait les gestes à éviter                            |    |     | X |

**3. Suivi/urgences**

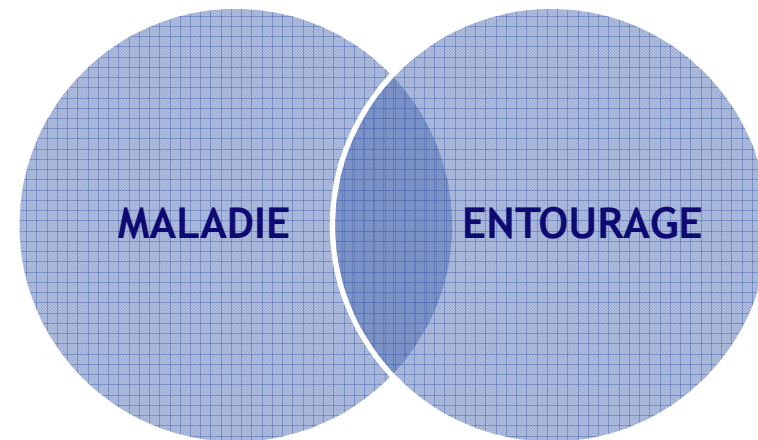
|  | NA | ECA | A |
|--|----|-----|---|
| Fait la distinction entre consultation rythmologique/cardiologique |    |     | X |
| Connait les motifs de consultation rythmologique. en urgences      |    | X   |   |

# PROFILS PATIENTS

## PATIENTS IMPLANTES



## PATIENTS NON IMPLANTES



# QUESTIONNEMENT BOITIER

- L'INTRU !!
- TECHNOLOGIE: panne, interférence



Nous prenons soin de vous

