

Carnet de suivi du patient

Carnet de suivi après hospitalisation
pour épisode d'exacerbation d'une BPCO
ou décompensation d'une IC :
coordination, surveillance clinique,
et éducation

AMI 5,8

Article 5 ter - Chapitre 2 de la NGAP
des infirmiers libéraux

Carnet de suivi du patient

IDENTITÉ DE LA PATIENTE / DU PATIENT

Prénom

Nom

Adresse

Téléphone(s)

SOMMAIRE

Éléments de sortie (à remplir par l'équipe hospitalière)	3
BPCO	3
IC	3
Prescription hospitalière	3
Protocole de suivi (Cf. recommandations HAS)	4
BPCO	4
Protocole de suivi (Cf. recommandations HAS)	5
IC	5
Observations particulière (transmissions de l'équipe hospitalière)	6
Rappels sur les symptômes d'alerte	6
BPCO	6
IC	6
Coordination : Numéros utiles	7
Coordination : Mes RDV	8
RDV programmés	8
RDV non programmés	8
Surveillance clinique hebdomadaire	9
Education du Patient : Objectifs spécifiques – Traçabilité et Evaluation	13
Accompagner l'Arrêt du Tabac	14
Test de Fagerström	14
Interprétation	15
Balance décisionnelle	16
Motivation	17
Contrat	17
Prescription infirmière d'un Traitement Nicotinique de Substitution (TNS)	18
Formes transdermiques : timbres (ou patches)	18
Formes à action rapide et absorption buccale (formes orales), Gommages à mâcher	18
Comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux	18
Inhalateurs	18
Sprays buccaux	19
En résumé...	19
Annexe 1 – Traitements BPCO	20
Annexe 2 – Traitements IC	21
Annexe 3 – ETP-Type BPCO (Source HAS)	22
Annexe 4 – ETP-Type IC (Source HAS)	23

ÉLÉMENTS DE SORTIE *(à remplir par l'équipe hospitalière)*

Date de sortie JJ | MM | AAAA Poids de sortie Kg

TA mmHg Pouls BPM

Fumeur oui non Si oui, nbre de paquets / année

Sous O2 ou ventilation assistée oui non Si O2 L/mn

Fréquence respir. cycles/min Périmètre de marche mètres

BPCO

Stade de sévérité à la sortie

PO2 air ambiant mmHg

PO2 sous O2 mmHg

PCO2 air ambiant mmHg

PCO2 sous O2 mmHg

SaO2 air ambiant mmHg

SaO2 sous O2 mmHg

IC

Stade NYHA de sévérité à la sortie

Fraction d'éjection %

Dose journalière maximale de sel
dans l'alimentation grammes

Prescription hospitalière

Je soussigné
médecin exerçant dans le service / l'établissement ci-après désigné, mandate une équipe infirmière
afin d'assurer le suivi de
dans les conditions prévues par la NGAP des infirmiers libéraux, et *a minima* selon le protocole
décrit dans les pages suivantes et issu des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Cachet du service/de l'établissement, nom et signature
du médecin-prescripteur :

PROTOCOLE DE SUIVI *(Cf. recommandations HAS)*

BPCO

Suivi minimal des patients selon le stade de gravité en dehors des exacerbations

	Stade I	Stade II	Stades III et IV patient sans OLD*	Stade IV patient sous OLD et/ ou VNI† à l'état stable
Fréquence des consultations à l'état basal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Médecin généraliste : consultations dédiées à la BPCO : 1 ou 2 fois par an ■ Avis du pneumologue : selon les besoins 		À adapter en fonction des besoins : <ul style="list-style-type: none"> ■ médecin généraliste : tous les 3 mois ■ pneumologue : 1 fois par an 	<ul style="list-style-type: none"> ■ médecin généraliste : tous les mois ■ pneumologue : tous les 6 mois ■ prestataire : selon le forfait à adapter si besoin
Évaluation clinique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centre de tabacologie, autres professionnels : selon besoins dus à l'état clinique, changements de comportement, etc. ■ Tabagisme, expositions professionnelles, symptômes, comorbidités, fréquence des exacerbations ■ Besoin d'un recours à d'autres intervenants (kinésithérapeute, tabacologue, cardiologue, autres) ■ Besoin d'une réhabilitation respiratoire (incapacité / handicap) ■ Tolérance et observance des traitements, technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation (Stade II) Suivi du programme de réhabilitation respiratoire : <ul style="list-style-type: none"> ■ activité physique régulière, éducation thérapeutique, kinésithérapie respiratoire, suivi nutritionnel ■ Évaluation du besoin d'une OLD et/ou VNI 			
Évaluation globale (mesures à réaliser)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suivi de l'éducation thérapeutique ■ Besoins et attentes des patients ■ Score de dyspnée, si possible mesure du CO₂ expiré - Indice de masse corporelle, évolution pondérale ■ Test de marche de 6 min par le pneumologue ou le MPR§ (suivi à long terme d'une RR**) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accompagnement médico-social, besoin des services sociaux ■ Qualité de vie 		
Examens complémentaires et fréquence		<ul style="list-style-type: none"> ■ À un rythme adapté à l'état clinique du patient ■ Gaz du sang si aggravation 	<ul style="list-style-type: none"> ■ À chaque consultation SpO₂†† ■ Gaz du sang si aggravation ■ Une fois par an NFS plaquettes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gaz du sang : 2 fois /an et plus si aggravation
Consultations supplémentaires		D'autres examens peuvent être nécessaires selon le contexte et l'état clinique du patient (examen cytotabacologique des crachats, RX de thorax, TDM, endoscopie, EFX§§, oxymétrie nocturne, poly(somno)graphie, échographie cardiaque)		
Au décours d'une hospitalisation pour décompensation		<ul style="list-style-type: none"> ■ Si absence de sevrage tabagique : consultation du tabacologue ou du centre de tabacologie ■ Si exacerbation sévère ou fréquente (> 2/an) : réévaluation par le pneumologue ■ Consultation du médecin généraliste : dans la semaine qui suit la sortie ■ Consultation du pneumologue : 1 à 3 mois au plus tard avec EFR et gaz du sang ■ Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution 		

* OLD : oxygénothérapie de longue durée, † VNI : ventilation non invasive, ‡ CO : oxyde de carbone, § MPR : médecin de médecine physique et de réadaptation, ** RR : réhabilitation respiratoire, †† : SpO₂ : saturation pulsée de l'hémoglobine en oxygène mesurée par l'oxymètre de pouls, §§ EFX : explorations fonctionnelles d'exercice

PROTOCOLE DE SUIVI *(Cf. recommandations HAS)*

IC

Suivi minimal de l'insuffisance cardiaque systolique

	Stade I NYHA	Stade II NYHA	Stade III NYHA
Fréquence des consultations en cas d'ICS stable	<ul style="list-style-type: none"> Médecin traitant : au moins 2 fois/an Cardiologue : 1 fois/an 	<ul style="list-style-type: none"> Médecin traitant : au moins 4 fois/an Cardiologue : 2 fois/an Visite de contrôle technique du matériel, si resynchronisation : 2-4 fois/an 	<ul style="list-style-type: none"> Médecin traitant : 4-12 fois/an Cardiologue : 4-12 fois/an Visite de contrôle technique du matériel, si dispositif de resynchronisation +/- DAI : 2-4 fois/an
Évaluation clinique	<ul style="list-style-type: none"> Infirmière, autres professionnels : selon besoins dus à l'état clinique, changements de comportement, etc. Activités de la vie quotidienne Symptômes notamment dyspnée, fatigue, palpitations Rythme cardiaque, PA, signes de rétention hydrosodée, mesure du poids Observance médicamenteuse Présence de complications Mode de vie adapté Activité physique État nutritionnel, anxiété, dépression 	<ul style="list-style-type: none"> Respect des règles hygiéno-diététiques (sel, apports hydriques) Activité physique 	
Examens biologiques à réaliser et fréquence	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance adaptée selon l'évolution clinique 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation de l'indication d'une resynchronisation, surveillance des dispositifs Surveillance adaptée selon l'évolution clinique et en fonction des modifications de traitement, de coup de chaleur, de déshydratation Au minimum 2 fois/an et lors de toute modification de traitement : natrémie, kaliémie, créatinémie, urée Si AVK : INR au moins une fois par mois Dosage BNP ou NT-proBNP* si suspicion de décompensation 	<ul style="list-style-type: none"> ECG à chaque consultation de cardiologie Echocardiogramme en cas d'aggravation
Examens complémentaires à réaliser et fréquence	<ul style="list-style-type: none"> ECG (consultation de cardiologie) Echocardiogramme si symptômes 	<ul style="list-style-type: none"> ECG à chaque consultation de cardiologie Echocardiogramme tous les 1-2 ans 	
Consultations supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> D'autres examens peuvent être nécessaires selon le contexte et l'état clinique du patient (holter, radio thoracique...) Événement intercurrent : décompensation, complication, épisode infectieux Détérioration de l'état clinique Consultation de pneumologie, gériatrie, néphrologie, endocrinologie si besoin 		
Au décours d'une hospitalisation pour décompensation	<ul style="list-style-type: none"> Consultation par le médecin traitant dans la semaine après la sortie d'hospitalisation Consultation de contrôle par le cardiologue : 1 semaine à 2 mois après la sortie Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution 		

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES *(Cf. recommandations HAS)*

RAPPELS SUR LES SYMPTÔMES D'ALERTE

BPCO

Toute augmentation brutale de la dyspnée, de la toux et/ou des expectorations

IC

Prise de poids rapide (supérieure à 2 kg en 3 jours) ; baisse de la TA systolique (inf. à 90 mmHg) ou hypoTA symptomatique (voile noir, vertiges, lipothymies) ; Pouls sup. à 120 BPM, ou inf. à 50 BPM, ou irrégulier ; apparition ou aggravation des oedèmes ; aggravation de l'essoufflement ; apparition ou aggravation de la toux ; apparition ou aggravation de la nécessité d'être en position demi-assise pour diminuer la dyspnée.

COORDINATION - NUMÉROS UTILES

SAMU / SOS MÉDECINS / ASTREINTES MÉDICALES	TÉLÉPHONE
15 (fixe) ou 112 (portable) / Pompiers : 18 / SOS médecins ou astreinte :	
PERSONNE À PRÉVENIR / AIDANT FAMILIAL	TÉLÉPHONE
CABINET INFIRMIER	TÉLÉPHONE
MÉDECIN TRAITANT	TÉLÉPHONE
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES	TÉLÉPHONE
PHARMACIEN	TÉLÉPHONE
PNEUMOLOGUE DE VILLE	TÉLÉPHONE
PNEUMOLOGUE HOSPITALIER	TÉLÉPHONE
CARDIOLOGUE DE VILLE	TÉLÉPHONE
CARDIOLOGUE HOSPITALIER	TÉLÉPHONE
ASSISTANTE SOCIALE	TÉLÉPHONE
SERVICE D'AIDE À DOMICILE	TÉLÉPHONE

Médecin traitant non joignable par courriel

COORDINATION - MES RENDEZ-VOUS

RDV programmés

Date	Professionnel concerné	Motif de la consultation	Suites données à la consultation
	Médecin généraliste		
	Médecin généraliste		
	Médecin généraliste		
	Pneumologue		
	Cardiologue		
	Cardiologue		

Recos HAS Médecin-Généraliste : BPCO / IC : visite dans la semaine qui suit la sortie. Stade I & II BPCO / IC NYHA I : visite à 6 mois. Stade III BPCO / IC NYHA II : tous les 3 mois. Stade IV BPCO : tous les mois. IC NYHA III : visite tous les 1 à 3 mois.

Recos HAS Pneumologue / BPCO : Stade I & II : visite si besoin. Stade III : visite à 1 an. Stade IV : visite à 6 mois.

Recos HAS Cardiologue / IC : NYHA I : visite à 1 an. NYHA II : visite tous les 6 mois. NYHA III : visite tous les 1 à 3 mois.

RDV non programmés

Date	Professionnel concerné	Motif de la consultation (y compris alerte)	Suites données à la consultation

SURVEILLANCE CLINIQUE HEBDOMADAIRE - I

	BPCO	IC	Séance n°1 Date	Séance n°2 Date	Séance n°3 Date	Séance n°4 Date
1. Poids		X				
2. TA	X	X				
3. Pouls	X	X				
4. OMI		X				
5. Dyspnée	X	X				
6. Fréquence respiratoire	X	X				
7. Toux	X	X				
8. Orthopnée	X	X				
9. Respect alimentation hyposodée		X				
10. Signale erreur d'observance	X	X				
Cocher si transmissions narratives ou ciblées	X	X				
Paraphe						

4. à mesurer à l'aide d'un mètre-ruban

5. + (augmentée) / 0 (absente) / - (diminuée)

7. Cocher si présente, ∅ si absente

8. Nbre d'oreillers / position demi-assise

SURVEILLANCE CLINIQUE HEBDOMADAIRE - II

	BPCO	IC	Séance n°5 Date	Séance n°6 Date	Séance n°7 Date	Séance n°8 Date
1. Poids		X				
2. TA	X	X				
3. Pouls	X	X				
4. OMI		X				
5. Dyspnée	X	X				
6. Fréquence respiratoire	X	X				
7. Toux	X	X				
8. Orthopnée	X	X				
9. Respect alimentation hyposodée		X				
10. Signale erreur d'observance	X	X				
Cocher si transmissions narratives ou ciblées	X	X				
Paraphe						

4. à mesurer à l'aide d'un mètre-ruban

5. + (augmentée) / 0 (absente) / - (diminuée)

7. Cocher si présente, ∅ si absente

8. Nbre d'oreillers / position demi-assise

SURVEILLANCE CLINIQUE HEBDOMADAIRE - III

	BPCO	IC	Séance n°9 Date	Séance n°10 Date	Séance n°11 Date	Séance n°12 Date
1. Poids		X				
2. TA	X	X				
3. Pouls	X	X				
4. OMI		X				
5. Dyspnée	X	X				
6. Fréquence respiratoire	X	X				
7. Toux	X	X				
8. Orthopnée	X	X				
9. Respect alimentation hyposodée		X				
10. Signale erreur d'observance	X	X				
Cocher si transmissions narratives ou ciblées	X	X				
Paraphe						

4. à mesurer à l'aide d'un mètre-ruban

5. + (augmentée) / 0 (absente) / - (diminuée)

7. Cocher si présente, ∅ si absente

8. Nbre d'oreillers / position demi-assise

SURVEILLANCE CLINIQUE HEBDOMADAIRE - IV

	BPCO	IC	Séance n°13 Date	Séance n°14 Date	Séance n°15 Date
1. Poids		X			
2. TA	X	X			
3. Pouls	X	X			
4. OMI		X			
5. Dyspnée	X	X			
6. Fréquence respiratoire	X	X			
7. Toux	X	X			
8. Orthopnée	X	X			
9. Respect alimentation hyposodée		X			
10. Signale erreur d'observance	X	X			
Cocher si transmissions narratives ou ciblées	X	X			
Paraphe					

Au delà de 15 séances, basculer si besoin sur un dispositif AIS 4
 et utiliser la fiche ad hoc téléchargeable sur le site www.sideralsante.fr
 (Menu Ressources / Documents / mot-clé AIS / « Fiche Article 11-4 de la NGAP »)

4. à mesurer à l'aide d'un mètre-ruban
 5. + (augmentée) / 0 (absente) / - (diminuée)
 7. Cocher si présente, ∅ si absente
 8. Nbre d'oreillers / position demi-assise

ÉDUCATION DU PATIENT : OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

TRAÇABILITÉ ET ÉVALUATION

	Objectif(s)	Date(s)	Niveau d'Acquisition
			A – ECA – NA (*)
Faire connaître ses besoins, informer son entourage			
Comprendre, S'expliquer			
Repérer, Analyser, Mesurer			
Faire Face, Décider			
Résoudre un problème			
Pratiquer, Faire			
Adapter, Réajuster			
Utiliser les ressources du système, Faire valoir ses droits			

* A – ECA – NA : Acquis – En Cours d'Acquisition – Non Acquis.
 À remplir lors de l'évaluation finale.


tabac-info-service.fr

Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
 Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89 *.
 * 0,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8h à 20h.


tabac-info-service.fr

Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

DE FAÇON GÉNÉRALE, VOICI COMMENT INTERPRÉTER LE SCORE OBTENU PAR VOTRE PATIENT :

SCORE DE 0 À 2 :

Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques. Si toutefois le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui apporter des conseils utiles de type comportementaux (jeter les cendriers, boire un verre d'eau...). Vous pouvez également lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89.

SCORE DE 3 À 4 :

Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à un substitut nicotinique. En cas de manque ou de difficultés passagères (irritabilité, manque, envie très forte...) vous pouvez éventuellement lui conseiller de prendre un substitut nicotinique par voie orale (comprimé à sucer, gomme à mâcher, comprimé sublingual...). Si le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89 pour recevoir des conseils et du soutien.

SCORE DE 5 À 6 :

Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite. Vos conseils seront utiles pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas.

SCORE DE 7 À 10 :

Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution ou bupropion LP ou varenicline). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89 *.
* 0,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8h à 20h.

BALANCE DÉCISIONNELLE

Ce tableau est à remplir avec le patient. C'est lui qui doit apporter les arguments de chaque case et ainsi construire son « discours changement ». En fin d'exercice, l'infirmier.e procèdera à une reformulation-synthèse en insistant plus particulièrement sur le contenu des cases vertes... Cette reformulation sert d'introduction à l'exploration de la motivation intrinsèque du patient.

	Bénéfices	Inconvénients
Continuer à fumer		
Arrêter de fumer		

MOTIVATION

Pour vous, il est important d'arrêter de fumer. Dites-moi combien entre 0 et 10

Réponse : $X =$ _____ \rightarrow Retirer deux points à sa réponse : $X - 2 =$ _____

Pourquoi pas _____ ($X - 2$) ?

Arguments du patient :

Toujours entre 0 et 10, combien vous sentez-vous capable d'y parvenir ? (= y)

Réponse : $Y =$ _____ \rightarrow Ajouter deux points à sa réponse : $Y + 2 =$ _____

Que vous manquerait-il pour arriver à _____ ($Y + 2$) ?

Arguments du patient.

CONTRAT

Reformuler le discours-changement puis noter ci-après les engagements du patient dans la mise en œuvre de l'arrêt de sa consommation de tabac.

PRESCRIPTION INFIRMIÈRE D'UN TRAITEMENT NICOTINIQUE DE SUBSTITUTION (TNS)

Formes transdermiques : timbres (ou patches)

Le mode d'administration de la nicotine par les timbres transdermiques (patches) a l'avantage de produire une faible vitesse d'absorption et permet d'obtenir une nicotémie relativement constante au cours du traitement. De plus, le timbre permet une meilleure observance, en rapport avec une plus grande facilité d'utilisation. Il faut informer le patient qu'une intolérance cutanée peut apparaître. Pour diminuer le risque de réaction cutanée locale, il faut changer le site d'application du timbre quotidiennement ou changer de marque.

Il existe des timbres pouvant être portés durant 24 heures qui délivrent une dose de 7, 14 ou 21 mg de nicotine par jour et des systèmes pouvant être portés 16 heures qui délivrent une dose de 10, 15 ou 25 mg de nicotine par jour.

Formes à action rapide et absorption buccale (formes orales), Gommages à mâcher

Elles existent en deux dosages : 2 et 4 mg. Les taux plasmatiques de nicotine obtenus avec les gommages sont moindres que ceux obtenus par la prise de cigarette. La dose de nicotine libérée est approximativement de 1 mg pour les gommages de 2 mg, et d'un peu moins de 2 mg pour les gommages de 4 mg. Il existe des gommages de saveurs différentes (menthol, orange, fruits...). La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. L'efficacité de la gomme est optimale lors de la mastication et non lors de la déglutition. Il faut donc préciser au patient de sucer lentement la gomme et non de la mâcher comme un chewing-gum. Si le patient mastique trop vite la gomme, il risque d'avoir des brûlures d'estomac, des maux de gorge, voire des hoquets. Le risque de transfert de la dépendance de la cigarette à la gomme, sans être nul, reste marginal. Il faut noter que certaines formes de comprimés à sucer contiennent des édulcorants, à savoir de l'aspartam, du sorbitol et du maltitol.

Comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux

Ils existent aux dosages de 1 ; 1,5 ; 2 ; 2,5 et 4 mg. Une pastille de 2 mg libère approximativement 2 mg de nicotine, celle de 4 mg libère approximativement 4 mg de nicotine. Il existe des comprimés de saveurs différentes (menthe, fruits, avec ou sans sucre...). Ils ont une pharmacocinétique proche de celle de la gomme à mâcher. La majeure partie de la nicotine est absorbée à travers la muqueuse buccale. Du fait de la déglutition de la salive contenant de la nicotine, une certaine proportion de celle-ci parvient à l'estomac et à l'intestin où elle est inactivée. Par conséquent, les taux plasmatiques de nicotine obtenus avec les comprimés sont moindres que ceux obtenus par la prise de cigarette. Les comprimés à sucer peuvent parfois provoquer une légère irritation de la gorge et une hypersalivation au début du traitement. La déglutition d'une trop grande quantité de nicotine dans la salive peut provoquer un hoquet. Les sujets sensibles peuvent présenter au début des signes légers de dyspepsie ou de brûlures gastriques. Ces symptômes peuvent être diminués en sucant le comprimé plus lentement.

Inhaleurs

Il s'agit d'un dispositif médical. **Une cartouche contient 10 mg de nicotine.** La fréquence des aspirations (plus ou moins répétées) ainsi que leur intensité sont à adapter en fonction des besoins du patient, sans dépasser 12 cartouches par jour. Par conséquent, la durée d'utilisation d'une cartouche peut varier de 20 minutes en une seule utilisation intensive et continue, jusqu'à 4 fois 20 minutes si l'utilisation est peu intensive et discontinue. Leur usage est bien toléré, bien que l'on observe parfois une irritation buccale locale, une toux ou une rhinite.

Ces effets indésirables sont d'intensité faible en général et disparaissent en quelques jours. Il est recommandé de ne pas utiliser les cartouches au-delà de 12 mois.

Sprays buccaux

Par rapport à une gomme à mâcher ou à un comprimé à sucer contenant de la nicotine, la nicotine est absorbée plus rapidement lorsqu'elle provient d'un pulvérisateur buccal. **Chaque pulvérisation permet de délivrer 1 mg de nicotine. Un flacon délivre 150 doses. Il est possible de prendre 4 pulvérisations maximum par heure, sans dépasser 2 pulvérisations par prise, et 64 pulvérisations par tranche de 24 heures.** Il est recommandé de ne pas inhaler lors de la pulvérisation afin que le produit n'entre pas dans les voies respiratoires. Pour de meilleurs résultats, il est recommandé d'éviter de déglutir pendant les quelques secondes qui suivent la pulvérisation. Il est également recommandé de s'abstenir de manger et de boire lors de la pulvérisation buccale. Enfin, au cours du traitement par spray buccal, il faut impérativement s'abstenir de fumer. En général, il est déconseillé d'utiliser le pulvérisateur buccal au-delà de 6 mois. Il faut noter que cette forme contient de l'éthanol.

ANNEXE 1 - TRAITEMENTS BPCO

Famille	Exemples de médicaments	Effets secondaires possibles	Surveillance clinique	Précautions d'emploi éventuelles
Broncho-dilatateurs β 2 mimétiques	Médicaments d'action rapide (Ventoline, Maxair, Bricanyl,...) ou agissant sur une plus longue période (Sérévent, Foradil, Oxéol,...)	Tachycardie, céphalée, nervosité, palpitations, tremblement	Rythme cardiaque, Pression artérielle, respiration (sibilances), état de conscience	Importance +++ d'une bonne utilisation de l'inhalateur Le cas échéant, utiliser une chambre d'inhalation
Corticoïdes par voie inhalée (poudre, spray)	Béclométasone, Bécotide, Budénoïde, Flixotide, Miflasone, Pulmicort, Qvar,...	Risque de candidose pharyngée et de surinfection bactérienne liée à la baisse de l'immunité	Irritation de la gorge donnant une voix rauque	Idem que précédemment Se rincer la bouche par gargarisme
Corticoïdes associé à β 2 mimétiques	Sérétide, Symbicort, Innovair, Formodal, Flutiform, Duoresp,...	Effets secondaires de chacun des médicaments considérés séparément	Réaction allergique oro-pharyngée, sibilances (prendre Ventoline en urgence)	Idem que précédemment Se rincer la bouche par gargarisme
Agents mucolytiques	Surbronc, Mucomyst, Bisolvon, Rhinatiol, Mucofluid,...	Rares nausées, vomissements, gastralgies ou diarrhées	Excès de fluidification bronchique nécessitant du matériel d'aspiration	Apprendre au patient à cracher +/- Kiné respiratoire (dont clapping)
Anti-leucotriènes	Singulair (Montelukast)	Asthénie, fièvre, arthralgies, sécheresse buccale, diarrhée, nausées, vomissements, éruption cutanée, urticaire, prurit, œdème de Quincke	État respiratoire, signes d'un Syndrome de Churg-Strauss (hyper éosinophilie, signes de vascularite dont purpura)	Toujours avoir sur soi un inhalateur pour traiter une crise
Antibioprophylaxie si besoin				

Anti-leucotriènes : Antagoniste des récepteurs aux leucotriènes, médiateurs produits par les mastocytes et les éosinophiles. Libérés par dégranulation lors d'une réaction immuno-allergique, les leucotriènes induisent une bronchoconstriction, une augmentation de la sécrétion de mucus et de la perméabilité vasculaire et un recrutement des éosinophiles.

ANNEXE 2 - TRAITEMENTS IC

Le traitement de base de l'insuffisance cardiaque s'appuie sur une trithérapie associant un antihypertenseurs diurétique (gestion de la dyspnée et des oedèmes liés à la rétention hydrosodée), un antihypertenseur de type IEC (si FE <ou= à 40), et un bêtabloquant (gestion de la tachycardie dans l'IC stabilisée).

Famille	Exemples de médicaments	Effets secondaires possibles	Surveillance clinique	Précautions d'emploi éventuelles
Diurétiques de l'Anse de Henlé (<i>dérivés des sulfamides d'où risque d'allergie</i>)	Furosémide (Lasilix) Bumétanide (Burinex)	Déshydratation, hypokaliémie, hypotension artérielle, allergie, hyperuricémie, hyperglycémie, photo- sensibilisation	Pesée, état cutané (état d'hydratation), surveillance tensionnelle, diurèse, alimentation (apports en potassium)	Classiquement, prévoir supplémentation en potassium (Diffu-K, Kaléorid,...)
Bêta-bloquants * <i>cardiosélectif</i> ** <i>non cardiosélectif</i>	Acebutolol* (Sectral), Aténolol* (Tenormine), Bisoprolol* (Cardensiel), Métoprolol* (Seloken, Lopressor), Nadolol** (Corgard), Pindolol** (Visken), Propranolol** (Avlocardyl), Sotalol** (Sotalex),... Pulmicort, Qvar,...	Hypotension, essoufflement, fatigabilité (sensation de blocage à l'effort), asthénie (au repos), gastralgies, nausées, vomissements, diarrhée, insomnies, cauchemars	Rythme cardiaque, Pression artérielle, état respiratoire (effet broncho- constricteur, attention si terrain asthmatique ou insuffisance respiratoire	Prise régulière, nécessité d'une observance sans faillir (en cas d'arrêt brutal, risque de troubles graves du rythme, d'infarctus, voire de mort subite)
Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC)	Captopril, (Lopril), Enalapril (Renitec), Lisinopril (zestril), Périndopril (Coversyl), Quinapril (Acuitel, Korec), Ramipril (Triatec), Trandolapril (Odril), Zofénopril (Teoula, Zofenil).	Hypotension orthostatique, hypotension majorée par la prise concomitante d'un diurétique, vertiges, asthénie, malaise, risque de chute	Pression artérielle, rythme cardiaque, disparition des signes d'hypertension (céphalées, épistaxis,...)	L'apparition d'une toux sèche, persistante, aggravée en position couchée doit orienter vers une consultation médicale (passage à un autre IEC ou remplacement par un ARA). Changement de position de manière progressive (risque d'hypotension orthostatique

Antibioprophylaxie si besoin

Autres traitements possibles en situation d'insuffisance cardiaque non suffisamment contrôlée :

- Antagoniste des récepteurs de l'aldostérone (Aldactone, Soludactone, ...),
- ARA (antagoniste des récepteurs à l'angiotensine II : Cozaar, Kensen, ...)

Si Fibrillation Atriale (FA) : Digoxine, Amiodarone, AVK, antiagrégant plaquettaire

Recommandations : Vaccination antigrippale (tous les ans) + Anti-pneumococcique (tous les 5 ans)

Prudence avec : AINS, corticoïdes, Inhibiteurs calciques bradycardisants (vérapamil = Isoptine, diltiazem = Tildiem), Sotalol, anti-arythmiques de classe I (Serecor, Flécaïne, ...), ...

Noter ci-après le traitement spécifique du patient et identifier les éventuelles interactions avec d'autres traitements prescrits et/ou pris en automédication :

ANNEXE 3 - ETP-Type BPCO (source HAS)

Les objectifs principaux de l'ETP d'un patient ayant une BPCO sont les suivants :

- rendre le patient autonome ;
- diminuer le risque d'exacerbation ;
- contribuer à améliorer sa qualité de vie.

Les objectifs éducatifs du patient sont définis à partir d'une évaluation de ses besoins et de ses attentes, de l'expression de son projet de vie et de la stratégie thérapeutique :

- comprendre sa maladie et son traitement, notamment l'intérêt des traitements de fond et des traitements de crise ;
- reconnaître que la dépendance tabagique est une maladie chronique ; la rechute après l'arrêt du tabac est fréquente ; comprendre le traitement du sevrage tabagique ;
- reconnaître précocement les symptômes annonçant une exacerbation (augmentation de la dyspnée, de l'expectoration ou de la toux, expectoration qui devient verdâtre) et à y faire face : adaptation du traitement, recours au médecin traitant, au pneumologue et critères justifiant un recours aux urgences (dyspnée de repos, cyanose, œdèmes des membres inférieurs, troubles de la conscience), lui remettre un plan d'action personnalisé ;
- acquérir les techniques d'inhalation et les techniques de désencombrement bronchique ;
- mettre en place des activités physiques quotidiennes adaptées et des changements de son alimentation pour l'adapter à ses besoins nutritionnels ;
- comprendre l'intérêt et savoir utiliser l'oxygénothérapie et la ventilation non invasive.

ANNEXE 4 - ETP-Type IC (source HAS)

Il importe préalablement de connaître :

- les habitudes alimentaires (consultation diététique avec enquête alimentaire si besoin) et l'aptitude à surveiller et à noter son poids ;
- l'activité physique habituelle (questionnaire d'activité physique si besoin) et la capacité à réaliser une activité physique régulière et adaptée ;
- les troubles psychiques (stress, anxiété, troubles du sommeil, dépression), les addictions qui peuvent nécessiter une prise en charge spécifique.

Le médecin traitant convient d'objectifs partagés, en lien avec le cardiologue et les soignants concernés, avec le patient et son entourage. Il explique la maladie et ses répercussions sur la vie quotidienne, les bénéfices des traitements non pharmacologiques et pharmacologiques sur l'évolution de la maladie :

- formation à l'autosurveillance du poids, de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque ; adaptation du mode de vie (habitudes alimentaires et activité physique) ;
- connaissance des traitements prescrits et des médicaments interdits ; connaissance des signes d'alerte et savoir réagir de manière adaptée.

L'éducation thérapeutique (ETP) comporte une information sur :

- l'insuffisance cardiaque et ses symptômes ;
- les thérapeutiques prescrites, les effets indésirables possibles du traitement, la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et les résultats de ces examens ;
- les traitements à interrompre dans la mesure du possible et les médicaments à éviter (suppléments potassiques, AINS, inhibiteurs calciques).
- cette information est délivrée par le médecin généraliste et peut être complétée par l'intervention d'autres professionnels (médecin spécialiste, infirmier, autres professionnels de santé).
- l'ETP vise à faire acquérir au patient (en lien avec son entourage) des compétences lui permettant de gérer sa maladie, de réaliser lui-même certains gestes liés aux soins et de prévenir les complications évitables :
- autosurveillance des symptômes et connaissance des signes d'alerte pouvant faire craindre une décompensation et nécessitant de contacter son médecin (autosurveillance du poids au moins 1-2 fois par semaine, de la fréquence cardiaque et de la PA) ;
- autotraitement par diurétique, le plus souvent après avoir contacté son médecin. L'adaptation du mode de vie comporte :
 - un apprentissage, qui porte sur les règles nutritionnelles (apport hydrique de 1 à 2 litres / 24 h, consommation de sel NaCl < 6 g / 24 h) et les gestes techniques ;
 - la pratique d'une activité physique régulière, adaptée à l'état clinique du patient ;
 - une réduction de l'obésité, le contrôle de l'HTA, la suppression du tabac ;
 - des conseils pour la vie quotidienne, les activités sexuelles, les voyages, etc.

Carnet de suivi du patient