Tampon médecin	Séance hebdomadaire de Surveillance clinique et de Prévention par IDE à Domicile

Je soussigné Docteur..... mandate une équipe infirmière afin d'assurer le suivi de .....

Données médicales de sortie

Stade de sévérité *(d'après MMRC & NYHA)*	*Cocher :*
Stade 1 : **Pas ou peu de symptômes**, légère dyspnée, essoufflé en hâtant le pas ou en montant une légère côte, mais sans retentissement notable sur les activités de la vie quotidienne	
Stade 2 : **Symptômes pour un effort important** : marche sur terrain plat plus lentement que les sujets de son âge ou doit s'arrêter en marchant à son rythme sur terrain plat, réduction modérée des activités de la vie quotidienne	
Stade 3 : **Symptômes au moindre effort**, doit s'arrêter après 100 m ou quelques minutes, retentissement important sur les activités de la vie quotidienne	
Stade 4 : **Symptômes au repos**, trop essoufflé pour fonctionner, retentissement sévère sur les activités de la vie quotidienne	

Poids de sortie : ..... Kg FC au Repos : ..... BPM

Statut tabagique : □ Fumeur □ Ex-fumeur (moins de 6 mois) □ Non-fumeur

Sous O2 : □ Oui / □ Non (□ Continu / □ Discontinu) Sous VNI : □ Oui / □ Non

BPCO : SaO2 de repos

Air ambiant : ……..... mmHg

Sous O2 : …… mmHg

(Si O2 : ……..…… l / min.)

IC : Régime hyposodé

Dose journalière maximale de sel dans l'alimentation : ..... grammes

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