



## Fiche de demande initiale de Sacubitril-Valsartan

Prière de joindre les pièces justificatives à la demande

Prénom : ..... Nom : ..... Date de naissance : .....

Prescription : .....

Date du diagnostic de l'insuffisance cardiaque : .....

Date de la dernière hospitalisation pour insuffisance cardiaque : .....

**Étiologie** : Ischémique  Valvulaire  Hypertensive  Idiopathique

Autre .....

### Données cliniques :

- Classe NYHA : 1  2  3  4
- PAS/PAD : ..... mmHg
- Signes d'insuffisance cardiaque : oui  non

### ECG :

- FC : ..... Bpm,
- Rythme cardiaque : RS  FA  autres
- QRS larges >130 ms: oui  non

### Biologie

- Créat sg : .....  $\mu\text{mol/l}$  ( .....  $\text{mmg/l}$ ), K<sup>+</sup> : .....  $\text{mmol/l}$
- BNP .....(pg/ml) ou NT-ProBNP .....(pg/ml)

### ETT :

- FE VG= .....%
- PAPs=.....mmHg
- DTD= ..... mm
- IM grade 0  1  2  3  4

### Traitement médical déjà prescrit

- |                     |                              |                              |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Furosémide :      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - $\beta\text{B}$ : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - IEC :             | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - ARA2 :            | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Spironolactone :  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Ivabradine :      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Digoxine :        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Dérivés nitrés :  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Date, cachet et signature