



Fiche de renouvellement de prescription Sacubitril-Valsartan

3 mois 6 mois 9 mois 12 mois

Prière d'joindre les pièces justificatives à la demande

Prénom : Nom : Date de naissance :

Prescription :

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 > 130ms: oui non

Biologie:

- Créat sg : µmol/l (..... mmg/l), K+ :mmol/l
- BNP(pg/ml) ou NT-ProBNP(pg/ml)

ETT (à 6 et 12 mois)

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

Traitement médical déjà prescrit :

- | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Furosémide : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - βB : | 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"/> |

Réhospitalisation durant les derniers mois: oui non

Si oui préciser : la date

Et le motif : Insuffisance cardiaque

Trouble du rythme

SCA/ATC/PAC

Intervention valvulaire

Autre motif cardiaque , à préciser

Motif extracardiaque , à préciser

Date, cachet et signature