



Centre universitaire de santé McGill  
McGill University Health Centre

# Étude sur l'insuffisance cardiaque

## JOURNAL QUOTIDIEN

### INSTRUCTIONS

UTILISEZ UN  
CRAYON HB  
OU UN STYLO  
À ENCRE BLEUE  
OU NOIRE

Correcte



Incorrecte



2008

2009

Date :

Mois Jour

0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9

Matricule :

0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9

1. SVP indiquez votre poids :

kg  lbs

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

2. SVP indiquez votre température :

0	0	,	0
1	1		1
2	2		2
3	3		3
4	4		4
5	5		5
6	6		6
7	7		7
8	8		8
9	9		9

°C

3. Avec l'aide de l'oximètre, SVP indiquez :

votre taux d'oxygène

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

la fréquence de votre pouls au repos

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

4. Avec l'aide du moniteur de tension artérielle, SVP indiquez votre pression sanguine :

Systolique

Diastolique

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

5. Combien d'oreillers avez-vous utilisés pour dormir la nuit passée?  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

6. Combien de tasses de liquide avez-vous bu hier?  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

7. Avez-vous ajouté du sel à l'un de vos repas hier? Non  Oui

► Si OUI, à combien de repas ?  1 2 3

8. Avez-vous mangé l'un de ces aliments hier?

- |   |                           |                           |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Collations salées (ex : craquelins, croustilles, arachides)                   | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Soupes en conserve ou en enveloppe  | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Sauce ou vinaigrette à salade commerciale                                     | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Sauces (ex : chili, HP, soya, VH, Worcestershire, ketchup)                    | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Aliments en conserve (ex : sardines, fèves au lard)                           | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Marinades (ex : olives, cornichons)   | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Dîners commerciaux (ex : poulet, veau, boeuf, porc, pâtes)                    | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Viandes froides (ex : pepperoni, jambon, viandes fumées (smoked meat), bacon) | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Beurre salé, margarine, beurre d'arachide                                     | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Breuvages (ex : Coke, Pepsi, 7-up)  | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Eau minérale contenant du sel   | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Collations sucrées (ex : tablette de chocolat)                                | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |

9. Avez-vous ouvert une ou des fenêtre(s), hier, à la maison? Non  Oui

► Si OUI, combien de fenêtres étaient ouvertes?  1 2 3 4 5 6 7 8 9

10. Est-ce que vous avez utilisé un climatiseur d'air hier?

Non  Oui

► Si OUI, pour combien d'heures environ?

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

11. Avez-vous cuisiné hier?

Non  Oui

► Si OUI, quelle(s) méthode(s) de cuisson avez-vous utilisée(s)?

Déjeuner Dîner Souper

Frïre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rôtir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Griller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sauter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B.B.Q.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Avez-vous fait du ménage avec des produits ménagers "chimiques" hier? (ex : Windex, Lysol, Easy-Off, Pinesol, Fantastik)? Non  Oui

13. Avez-vous été exposé(e) à de la fumée de cigarette hier? Non  Oui

14. Avez-vous fumé hier, soit la cigarette, le cigare ou la pipe? Non  Oui

► Si vous avez répondu OUI, combien en avez-vous fumé?

1-4  5-8  9-12  13-16  17-20  >20

15. Avez-vous consommé des boissons alcoolisées hier? Non  Oui

► Si Oui, veuillez indiquer la quantité.

Variété d'alcool	Quantité d'alcool consommé	
Bière	Nombre de bouteilles ou cannes de 12 oz	<input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 >9
Vin	Nombre de verres de vin de 4 oz	<input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 >9
Spiritueux	Nombre de portions de 1 1/2 oz d'alcool	<input type="text"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 >9

16. Avez-vous eu le nez qui coulait ou mal à la gorge hier? Non  Oui

Avez-vous eu de la toux hier? Non  Oui

Avez-vous pris des antibiotiques hier? Non  Oui

Avez-vous ressenti une congestion au niveau de la poitrine hier? Non  Oui

Avez-vous eu de la difficulté à dormir la nuit dernière? Non  Oui

Avez-vous ronflé la nuit dernière? Non  Oui

Est-ce que vous vous êtes réveillé(e) parce que vous aviez de la difficulté à respirer la nuit dernière? Non  Oui

Avez-vous perdu connaissance hier? Non  Oui

Est-ce que votre/vos médicament(s) pour le coeur ont été changé(s) hier? Non  Oui

► Si oui, quel médicament a été prescrit? Spécifiez: \_\_\_\_\_

Avez-vous pris votre ou vos médicament(s) prescrit(s) pour le coeur hier? Non  Oui

Êtes-vous allé(e) chez votre médecin ou à une clinique externe hier, pour des problèmes reliés à votre coeur? Non  Oui

► Si oui, est-ce que ce rendez-vous était cédulé à l'avance? Non  Oui

Êtes-vous allé(e) à l'urgence hier pour des problèmes reliés à votre coeur? Non  Oui

Est-ce que vous arrivez d'un séjour à l'hôpital? Non  Oui

► Si oui, quelle était la raison de votre séjour? Spécifiez: \_\_\_\_\_ Date d'admission \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

17. Avez-vous exécuté ces activités dans les dernières 24 heures? Si OUI, pour combien de temps?

			0-30 mins	30-60 mins	1-2 hrs	> 2 hrs
Marcher pour faire des emplettes (ex : à/de la banque ou du magasin)	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcher pour faire de l'exercice	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire du ménage léger (ex : passer le balai, l'aspirateur, laver la vaisselle)	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire des activités ménagères vigoureuses et/ou du jardinage (ex : laver les fenêtres, pelleter, racler, semer)	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire du jardinage en utilisant de l'équipement avec moteur à gaz (ex : tondeuse, souffleuse à feuilles, coupe-herbe (Weed Wacker))	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Pour vous aider à exprimer votre état de santé, nous avons dressé une échelle (qui ressemble à un thermomètre) qui sert à évaluer deux aspects de votre santé. Le meilleur état de santé que vous pouvez imaginer correspond à la graduation 100 et le pire état de santé que vous pouvez imaginer correspond à la graduation 0.

Nous aimerions que vous indiquiez, à l'aide d'une marque sur cette échelle, comment vous vous sentez aujourd'hui. Cette marque correspond à l'opinion que vous avez de votre santé.

