



COLLEZ DANS CE CADRE
L'ÉTIQUETTE CODE-BARRES
DE VOTRE PATIENTE.

QUESTIONNAIRE ÉVÉNEMENTS CORONAIRES

MERCI D'ÉCRIRE AVEC UN STYLO NOIR ET EN MAJUSCULES,
DE NE PAS RAYER, NI DE DÉBORDER DES CASES.

Mois et année de naissance de votre patiente : /

1. Votre patiente a-t-elle présenté un (ou plusieurs) événement(s) coronarien(s) au cours de son passé clinique ?

Infarctus du myocarde aigu ou syndrome coronaire aigu

Oui **Non**

Si oui : **Date de l'infarctus :** /

Mois

Année

**Délai premiers symptômes –
premier contact médical :**

< 6h

6-12h

12h-24h

> 24h

S'agit-il d'un infarctus aigu documenté ?

Oui

Non

Symptômes :

Présents

Absents

Inconnus

Si symptômes présents, précisez ci-dessous :

Douleur angineuse typique

Douleur angineuse atypique

Douleur non angineuse

Mort subite ressuscitée

Dyspnée

Syncope

Symptômes digestifs

Fatigue extrême progressive

Autres, précisez :

ECG modifié ?

Oui

Non

Si ECG modifié, précisez ci-dessous :

Sus-décalage du segment ST

Sous-décalage du segment ST

Ondes T négatives

Ondes Q pathologiques

Bloc de branche gauche

Trouble du rythme ventriculaire

Trouble de conduction de haut degré

Autres, précisez :

Enzymes cardiaques :

Élevées

Non-élevées

Non dosées

Si enzymes élevées, précisez ci-dessous :

CPK-MB

Troponines (Ic/T)

Troponines ultrasensibles

Imagerie :

Modifiée

Non modifiée

Non pratiquée

Si modifiée, précisez ci-dessous :

Défaut de perfusion
(scintigraphie et/ou IRM
cardiaque)

Altération de la cinétique
(échographie cardiaque
transthoracique)

Thrombus visible
(coronarographie)

Récidive d'infarctus du myocarde		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui :	Nombre de récurrences : <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Date de la 1^{ère} récurrence :	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		<i>Mois</i>	<i>Année</i>
	Date de la 2^{ème} récurrence :	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		<i>Mois</i>	<i>Année</i>
S'agit-il d'une récurrence d'infarctus documentée ? (élévation des enzymes, ECG, symptômes...)		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Infarctus du myocarde découvert au stade de séquelle à l'imagerie (échographie cardiaque transthoracique, IRM cardiaque, scintigraphie cardiaque)		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui :	Date de l'imagerie :		
	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		<i>Mois</i>	<i>Année</i>

Syndrome de menace ou angor instable		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui :	Date :		
	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		<i>Mois</i>	<i>Année</i>

Insuffisance cardiaque d'origine ischémique		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui :	Date :		
	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		<i>Mois</i>	<i>Année</i>
	FEVG initiale (avant prise en charge) : <input type="text"/> <input type="text"/> %		

2. Votre patiente a-t-elle eu une (ou plusieurs) coronarographie(s) au cours de sa vie ?

- Jamais de coronarographie réalisée
- Coronarographie

Date de la 1^{ère} coronarographie :		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		<i>Mois</i>	<i>Année</i>
Résultat de la 1 ^{ère} coronarographie, cochez ci-dessous :			
<input type="checkbox"/> Athérome sténosant (≥50%)		Si oui : nombre de lésions <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Athérome non sténosant (<50%)	<input type="checkbox"/> Spasme	<input type="checkbox"/> Dissection	<input type="checkbox"/> Normale

3. Votre patiente a-t-elle eu un (ou plusieurs) geste(s) de revascularisation coronaire au cours de son histoire clinique ?

Aucun geste de revascularisation

Thrombolyse		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui :	Date :	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Mois Année</small>

Angioplastie sans stent		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui :	Date :	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Mois Année</small>
	Nombre :	<input type="text"/>

Stent		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui :	Date :	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Mois Année</small>
	Nombre :	<input type="text"/>
Type de stent :	<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Nu

Pontage coronaire		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui :	Date :	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Mois Année</small>
	Nombre :	<input type="text"/>

4. Quel traitement a été institué à l'issue du premier événement coronaire ?

<input type="checkbox"/> Statine	<input type="checkbox"/> Aspirine	<input type="checkbox"/> Autre antiagrégant (anti P2Y12)		
<input type="checkbox"/> Bétabloquant	<input type="checkbox"/> IEC ou ARA2			
<input type="checkbox"/> Anticoagulant	Si anticoagulant :	<input type="checkbox"/> AVK	<input type="checkbox"/> AOD	<input type="checkbox"/> Héparine

5. Votre patiente a-t-elle présenté un (ou plusieurs) autre(s) événement(s) cardio-vasculaire(s) ?

Accident vasculaire cérébral

Accident ischémique transitoire

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Insuffisance cardiaque

Si insuffisance cardiaque :

FEVG altérée

FEVG conservée

Disposez-vous de résultats de scintigraphie, de coronarographie ou d'échographie cardiaque ?

Oui Non

Si oui, pouvez-vous, s'il vous plaît, nous transmettre une copie de ces comptes rendus ?

Commentaires éventuels :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si vous n'avez pas d'information concernant cet événement (ou cette patiente), pourriez-vous nous indiquer les coordonnées d'un confrère (généraliste, cardiologue...) ou d'un service hospitalier pour nous permettre de compléter ces informations indispensables à notre étude ?

NOM DU CONFRÈRE :

ADRESSE :

Date de remplissage :

/ / 2 0

Jour
Mois
Année

Etude E3N - Gustave Roussy - 114 rue Edouard Vaillant - 94805 Villejuif Cedex
01 42 11 53 86 – contact@e4n.fr - www.e3n.fr

Conformément aux dispositions de la loi 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que l'équipe Inserm chargée de l'étude E3N est la seule destinataire des informations que vous lui transmettez ; celles-ci seront utilisées dans un but de santé publique, afin d'améliorer la prévention, la détection et la prise en charge de certaines pathologies.