

Parcours du patient

La demande d'inclusion dans le réseau s'effectue lors d'une consultation cardiologique ou au cours d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque.

L'inclusion est soumise à l'acceptation du patient (acte d'adhésion signé) et à l'accord de son cardiologue et de son médecin traitant habituels (acte d'adhésion signé par le cardiologue et le médecin traitant).

Le cardiologue qui inclut le patient propose un schéma thérapeutique en fonction des besoins et de la gravité de l'atteinte.

Le coordinateur médical valide l'inclusion.

Le coordinateur paramédical prend contact avec le patient pour expliquer le fonctionnement du réseau, mettre en place le dossier de soins partagé à domicile.

Il explique au patient le plan de suivi qui le concerne et les outils d'éducation thérapeutique mis à sa disposition.

Il recueille les données d'évaluation de suivi utiles au réseau.

Il réalise un bilan éducatif partagé initial et définit les objectifs avec le patient et lui propose un **contrat de soins**.

Il rédige un compte rendu de sa visite qui est transmis au patient et à tous les professionnels qui interviennent auprès de ce patient.

Le patient peut être suivi par un(e) infirmier(e) sur prescription médicale, à domicile si nécessaire et se rend aux consultations prévues chez le médecin généraliste et le cardiologue, au rythme déterminé par la gravité de son atteinte.

Il lui sera **systématiquement** indiqué un bilan diététique si celui-ci n'a pas été fait en structure d'hospitalisation, suivi d'au moins une consultation.

Un réentraînement sera proposé soit en centre soit par un kinésithérapeute, à son domicile ou en cabinet, sur prescription médicale.

Le patient pourra bénéficier de plusieurs consultations avec un psychologue s'il en ressent le besoin.

Des séances d'éducation thérapeutiques, collectives et / ou individuelles seront proposées, destinées à aider le patient insuffisant cardiaque dans la gestion de sa maladie au quotidien.

Le patient pourra joindre la coordination du réseau par simple appel téléphonique pendant les heures de permanence (9h - 17h du lundi au vendredi) et son dossier sera transféré au SAMU (centre 15).

La coordination du réseau réalisera un suivi téléphonique du patient (à 1 mois puis de façon trimestrielle si stabilité)

Une évaluation au terme d'un an dans le réseau sera réalisée auprès du patient et des principaux professionnels (données de suivi médical, traitement, recueil des indicateurs d'évaluation, hospitalisations et respect des objectifs déterminés dans le contrat de soin). En concertation il sera décidé d'une sortie du réseau, d'un passage en phase d'entretien ou d'une poursuite de prise en charge active (en redéfinissant de nouveaux objectifs et un contrat de soin).

En cas de stabilité après un an en phase d'entretien la coordination proposera au patient une sortie du réseau et en cas d'instabilité le patient sera à nouveau suivi activement.