

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Adressé par :

- Son médecin hospitalier
- Son médecin de ville
- Son pharmacien hospitalier Lui-même
- Un ami, un proche Un psychologue
- Autre personnel de santé

Date d'ouverture du dossier : / /
(1er consultation)

Date : / /

Educateur :

Objectif :

Outils :

Durée :

Pour le motif suivant :

Renseignements socio-démographiques

→ Sexe : Homme Femme

→ Age :

→ Langue maternelle :

→ Pays d'origine :

→ Sait lire le français : Oui Non

→ Aide nécessaire

d'un interprète : Oui Non

ou d'un proche : Oui Non

Lien avec le patient :

→ Situation familiale :

Célibataire En couple veuf (ve)

Patient vit seul : Oui Non

→ Mode d'habitation :

Maison Appartement Collectivités

Autre, lequel ?

Etage :

Ascenseur : Oui Non

→ Nombre d'enfants :

Âge(s) :

Mode de garde :

→ Autre personne à charge :

→ Loisirs :

→ Activités professionnelles :

Oui, plein temps Oui, mi-temps

Non

Autres (exemple niveau scolaire) :

.....

.....

→ Mode d'apprentissage préféré :

Auditif Visuel

Droit social :

→ Couverture sociale

Sécurité sociale AME

Autre (payant...)

→ Couverture complémentaire : Oui Non

→ Dossier MDPH

(Maison Départementale des Personnes Handicapées)

Autre

Evaluation/ le patient connaît :

Droit social : Oui Non

Droit professionnel : Oui Non

Droit du logement : Oui Non

Renseignements cliniques

→ Date de découverte de l'HTAP :

Contexte :

.....

→ Type d'HTAP (Classification Dana Point 2008) :

→ Autres pathologies qui nécessitent un traitement :

.....

.....

Lequel (nom, nombre de comprimés, gélules, ...) **détail à compléter dans l'onglet Traitement et observance** :

.....

.....

→ Pour les femmes, mode de contraception :

→ Habitudes de vie :

Tabac Oui Non

Alcool Oui Non

Toxicomanie Oui Non

Entourage informé de l'HTAP

→ Partenaire : Oui Non

Qui :

.....

.....

→ Familial : Oui Non

Qui :

.....

.....

→ Professionnel : Oui Non

.....

.....

→ Amical : Oui Non

.....

.....

→ Autre :

.....

.....

→ Membre HTAP France : Oui Non

.....

.....

→ Avez-vous déjà reçu des informations sur l'HTAP :

Oui Non

Lesquelles :

.....

.....

Impact de ces informations :

.....

.....

.....

Estimez-vous qu'elles sont satisfaisantes :

Oui Non

1 Hypertension Artérielle Pulmonaire

1.1. Idiopathique

1.2. Héritaire

→ 1.2.1. Mutations BMPR2

→ 1.2.2. Mutations ALK1, endogline
(avec ou sans maladie de Rendu-Osler)

→ 1.2.3. Mutations inconnues.

1.3. Induite par médicaments ou toxiques

1.4. Associée à :

→ 1.4.1. Connectivites

→ 1.4.2. Infection par le VIH

→ 1.4.3. Hypertension portale

→ 1.4.4. Cardiopathies congénitales

→ 1.4.5. Schistosomiasis

→ 1.4.6. Anémies hémolytiques chroniques

→ 1.5. HTP persistante du nouveau-né

3 HTP des maladies respiratoires et/ou hypoxémies chroniques

3.1. BPCO

3.2. Pneumopathies interstitielles

3.3. Autres maladies respiratoires restrictives et/ou obstructives

3.4. Syndromes d'apnées du sommeil

3.5. Syndromes d'hypoventilation alvéolaire

3.6. Exposition chronique à l'altitude élevée

3.7. Anomalies du développement

4 HTP post-embolique chronique

5 HTP de mécanisme multifactoriel ou incertain

5.1. Maladies hématologiques : syndromes myéloprolifératifs, splénectomie

5.2. Maladies systémiques : sarcoïdose, HX, LAM, neurofibromatose, vascularites

5.3. Maladies métaboliques : glycogénoses, maladie de Gaucher, dysthyroïdies

5.4. Autres : obstructions vasc. pulm. tumorales, médiastinites fibreuses, IRC en dialyse

1' MVOP et HCP

2 HTP des cardiopathies gauches

2.1. Dysfonction systolique

2.2. Dysfonction diastolique

2.3. Valvulopathies