

	<b>DMU - SAMU 49 - Centre 15</b>			
	Pages : 1	Version 1	25/11/2019	
	<b>Étude SCARE - Douleur Thoracique Régulation</b> <b>Fiche de recueil</b>			

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Numéro DRM : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Prénom du patient : \_\_\_\_\_

### 1) Caractéristiques de la douleur

Durée de la douleur (au moment de l'appel) : \_\_\_\_\_ j \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

Inaugurale (1 <sup>er</sup> épisode de ce type)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Autre épisode de douleur thoracique dans les dernières 24H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Intense	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Apparition brutale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Irradiation bras droit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Irradiation bras gauche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Irradiante dans le cou et/ou la mâchoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Augmentée à l'effort	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Post-prandiale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Sueurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Dyspnée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Malaise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Toux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Hyperthermie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Sensation d'anxiété associée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Douleur « typique » (constrictive, irradiante épaules et/ou mâchoire)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
La douleur est-elle caractéristique d'une origine coronarienne ? (Selon vous)	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> ND

### 2) Facteurs de risque

Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Dyslipidémie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Tabac	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Diabète traité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Antécédent d'infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
<i>Si Oui : Douleur similaire à l'infarctus du myocarde</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
<i>Et : Douleur modifiée par prise de trinitrine</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Antécédent de stent ou de pontage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Antécédent d'autres artériopathies (AVC, AOMI, Sténose carotidienne)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Antécédent d'épreuve d'effort anormale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Antécédents familiaux de cardiopathie ischémique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Poids	..... kg
Taille	..... m ..... cm

### 3) Conclusion

Êtes-vous convaincu d'être en présence d'un SCA ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

ND : Not Done ou Non Demandé