Guide de discussion avec le médecin : **réduire mon risque d'AVC**

Imprimez ce guide de discussion avec le médecin, remplissez-le du mieux que vous pouvez et apportez-le à votre prochaine consultation chez votre médecin. Cela permettra à votre médecin de collaborer avec vous pour réduire votre risque d'AVC.

Raison de ma visite *(sélectionnez toutes les réponses pertinentes)* :

- ☐ Je souhaite connaître mon risque de subir un AVC au cours des 10 prochaines années.
- ☐ Je souffre de fibrillation auriculaire (FA) et je souhaite réduire mon risque d'AVC.
- ☐ Je suis diabétique et je souhaite réduire mon risque d'AVC.
- ☐ Je souffre d'hypertension artérielle et je souhaite réduire mon risque d'AVC.
- ☐ J'ai un taux de cholestérol élevé et je souhaite réduire mon risque d'AVC.
- ☐ J'ai déjà eu un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident ischémique transitoire (aussi appelé AIT ou « mini AVC ») et je souhaite réduire mon risque de subir un autre AVC.
- ☐ Je ne pense pas présenter d'état pathologique, mais je souhaite savoir comment je peux réduire mon risque d'AVC.
- ☐ J'ai un rendez-vous de suivi de routine et je souhaite aussi discuter de mon risque d'AVC.

Autres : _____

_____

Autres : _____

_____

Mon information et mes antécédents médicaux :

Âge : _____ (ans) **Sexe :** ☐ Homme ☐ Femme

Allergies alimentaires et aux médicaments

_____

_____

Médicaments
(médicaments sur ordonnance/produits en vente libre/herbes médicinales/ vitamines et suppléments)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

États pathologiques/antécédents médicaux

- ☐ Je souffre de fibrillation auriculaire.
- ☐ Je suis diabétique.
- ☐ Je souffre d'hypertension artérielle.
- ☐ J'ai un taux de cholestérol élevé.
- ☐ J'ai déjà subi un AVC ou un AIT par le passé.

Autres : _____

Autres : _____

Autres : _____

Autres : _____

- ☐ Je ne suis pas certain.

Guide de discussion avec le médecin : **réduire mon risque d'AVC**

Mes facteurs de risque d'AVC* :

Facteurs de risque que vous ne pouvez pas changer

- ☐ J'ai plus de 65 ans.
- ☐ Je suis un homme.
- ☐ Je suis une femme ménopausée.
- ☐ Un membre de ma famille proche (parent, frère ou sœur, enfant) a déjà subi un AVC avant l'âge de 65 ans.
- ☐ Je suis d'origine autochtone, africaine ou asiatique du sud.
- ☐ J'ai déjà subi un AVC ou un AIT (accident ischémique transitoire, aussi appelé « mini AVC »)

**Cette liste comprend les facteurs de risque d'AVC fréquents, mais ne constitue pas une liste exhaustive de tous les facteurs de risque d'AVC possibles. Certaines personnes peuvent présenter d'autres facteurs de risque d'AVC qui ne sont pas mentionnés ci-dessus.*

Facteurs de risque que vous pouvez changer ou contrôler

- ☐ Je souffre de fibrillation auriculaire (FA).
- ☐ Je suis diabétique.
- ☐ Je souffre d'hypertension artérielle.
- ☐ J'ai un taux de cholestérol élevé.
- ☐ Je suis en surpoids.
- ☐ Mon régime comporte peu de fruits et légumes et beaucoup de gras et de sodium.
- ☐ Je ne fais pas 30 à 60 minutes d'activité physique modérée la plupart des jours de la semaine.
- ☐ Je fume.
- ☐ Je bois plus de 2 boissons alcoolisées par jour ou 10 boissons par semaine (pour les femmes) ou plus de 3 boissons alcoolisées par jour ou 15 boissons par semaine (pour les hommes).
- ☐ Je subis beaucoup de stress dans ma vie

Mes questions :

Questions générales :

1. Quel est mon risque d'AVC au cours des 10 prochaines années?
2. Y a-t-il un élément de mon mode de vie qui augmente mon risque d'AVC?
3. Ai-je des états pathologiques qui augmentent mon risque d'AVC?
4. Que puis-je faire pour réduire mon risque d'AVC?
5. Dois-je faire des analyses pour déterminer si je présente des états pathologiques, comme la fibrillation auriculaire, le diabète, l'hypertension artérielle ou un taux de cholestérol élevé?
6. Dois-je prendre des médicaments?
7. Dois-je apporter des changements à mon mode de vie?
8. Quand dois-je retourner voir mon médecin pour un rendez-vous de suivi?
9. Autres : _____
10. Autres : _____

Questions pour les personnes qui prennent des médicaments ou qui en commencent un nouveau :

1. Comment s'appelle le médicament?
2. À quoi sert-il?
3. Comment dois-je prendre le médicament (combien de fois par jour, avec ou sans aliments)?
4. Pendant combien de temps dois-je continuer à le prendre?
5. Quels sont les effets secondaires possibles et que dois-je faire s'ils se présentent?
6. Y a-t-il des activités, des aliments ou des médicaments que je dois éviter pendant que je prends ce médicament?
7. Dois-je faire l'objet d'une surveillance ou d'analyses de routine pendant que je prends ce médicament? Le cas échéant, où dois-je faire les analyses et à quelle fréquence? Quels résultats dois-je viser?
8. Comment dois-je entreposer ce médicament?
9. Que dois-je faire si j'oublie une dose du médicament?
10. Dois-je mentionner à mes autres fournisseurs de soins de santé que je prends ce médicament?
11. Autres : _____
12. Autres : _____

Recommandations de mon médecin :

Commencer le médicament

Nom : _____

Dose : _____

À quoi sert-il ? : _____

Comment le prendre ? : _____

Effets secondaires courants : _____

Médicaments et aliments à éviter : _____

Analyses sanguines et autres examens médicaux nécessaires (nom, fréquence) :

_____

Comment entreposer le médicament :

_____

Autres instructions : _____

_____

_____

Retourner à un rendez-vous de suivi

Date : _____

Heure : _____

Apporter des changements vers un mode de vie sain

- ☐ Atteindre un poids corporel sain. Objectif : _____
- ☐ Augmenter l'activité physique. Objectif : _____
- ☐ Manger plus de fruits et légumes (viser de 7 à 10 portions par jour), moins de sodium (maximum 1 500 mg par jour pour les personnes de moins de 50 ans, 1 300 mg par jour pour les personnes de 50 à 70 ans et 1 200 mg par jour pour les personnes de plus de 70 ans) et de gras (maximum 35 % des calories quotidiennes constituées de gras).
- ☐ Arrêter de fumer.
- ☐ Boire de l'alcool avec modération (pas plus de 2 boissons par jour ou 10 boissons par semaine pour les femmes et pas plus de 3 boissons par jour ou 15 boissons par semaine pour les hommes).
- ☐ Gérer le stress.

Autres instructions : _____

_____

_____

_____

Notes:

_____

_____

_____

_____

_____

_____