

# Suivi personnalisé gratuit pour prendre soin de votre cœur près de chez vous

**Vous avez entre 30 et 60 ans et vous avez besoin d'un coup de pouce pour changer vos habitudes ? Parce que prendre soin de la santé de son cœur est important, les professionnels du programme Je t'aime mon cœur sont là pour vous aider !**

## **Je t'aime mon cœur, qu'est-ce que c'est ?**

Je t'aime mon cœur est un programme de prévention des risques cardio-vasculaires financé par l'Agence Régionale de Santé Grand-Est et le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle. Ce programme est développé en partenariat avec votre médecin généraliste et vous aide à faire le point sur votre risque cardio-vasculaire et à lutter contre ces facteurs de risque.

Un ensemble de professionnels vous accompagne (diététiciens, psychologues, tabacologues, enseignants en activité physique adaptée), gratuitement, pour élaborer avec vous un programme personnalisé de diminution des risques cardio-vasculaires.

**Ils rythment leur cœur**



**Souffler sans fumer**



**Ils prennent leur santé à cœur**



## **Je t'aime mon cœur, est-ce fait pour moi ?**

Entre 30 et 60 ans c'est l'âge idéal pour se questionner sur ce que l'on fait de bien pour sa santé et, éventuellement, modifier des habitudes qui peuvent la mettre en danger. C'est pour cela que votre médecin vous a parlé du programme Je t'aime mon cœur.

*Je t'aime mon cœur*

Contactez-nous

**03 83 47 83 29\***

*\* Prix d'un appel local*

**Un rendez-vous avec une infirmière vous sera proposé. Ensemble, vous élaborerez votre projet santé**

.....  
.....  
.....

Pour plus d'infos, consultez notre site Internet  
**www.jetaimemoncoeur.fr**



## Fiche repérage RCV



**30 à 60 ans**

Possibilité d'inclure des patients jusqu'à 65 ans

Si > 60 ans, justifiez l'inclusion .....

.....  
.....

Docteur : .....

Spécialité : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

Fax : .....

E mail : .....

**Souhaite faire profiter d'un programme de réduction des risques cardio-vasculaires :**

M., Mme, Mlle : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

E mail : .....

Traitement actuel : .....

.....

Autres pathologies à signaler ? .....

.....

.....

## Facteurs de Risques

oui non

**1) Antécédents familiaux :**

Précisions éventuelles : .....

**2) Antécédents personnels Cardio-vasculaires :**

Précisions : .....

**3) HTA**   depuis : .....  
Traitée   depuis : .....

**4) Diabète**   depuis : .....  
Si oui :  type I ou  type II  
1gr/l < glycémie < 1.27 gr/l   depuis : .....

**5) Tabac**   depuis : .....  
Sevré   depuis : .....

**6) Dyslipidémie**   depuis : .....  
Traitée   depuis : .....  
LDL > à l'objectif HAS    
HDL < 0.40 gr/l    
Triglycérides > 1.5 gr/l

**7) Statut pondéral**  
Poids : ..... Taille : .....  
IMC .....  
Obésité abdominale    
(Homme > 94 cm et femme > 80 cm)

**8) Activité Physique\***  
Au cours de la semaine passée, **combien de jours** avez-vous fait au moins 30 min d'activité physique ? (celle-ci doit être suffisante pour vous faire respirer plus fort que normalement)

\*Cela peut inclure le sport, l'exercice et la marche rapide ou le vélo pour les loisirs ou pour vous déplacer, sans inclure les travaux ménagers ou l'activité physique qui peut faire partie de votre travail.

<input type="checkbox"/> 0 jour		<input type="checkbox"/> 5 jours	<b>Niveau</b>
<input type="checkbox"/> 1 jour	<b>Niveau</b>	<input type="checkbox"/> 6 jours	<b>d'activité</b>
<input type="checkbox"/> 2 jours	<b>d'activité</b>	<input type="checkbox"/> 7 jours	<b>suffisant</b>
<input type="checkbox"/> 3 jours	<b>insuffisant</b>		
<input type="checkbox"/> 4 jours			

**9) Régime Alimentaire :**  
Alimentation déséquilibrée

**10) Stress :**

**Nombre de facteurs de risque total** .....

**Nombre de facteurs de risques modifiables** .....