

# Demande d'éducation thérapeutique ERIC

Le.....

par.....

Nom-Prénom patient : .....

## ELEMENTS D'ORDRE MEDICAL

Date de naissance : .....

**Mode de décompensation cardiaque :**

Ville : .....

IVG       IVD       IC Globale

Tél. : .....

**Type d'Insuffisance Cardiaque :**

à FEVG altérée       à FEVG conservée       mixte

**et/ou Entourage**

**Etiologie de la myocardiopathie :**

Nom : .....

ischémique       valvulaire  
 idiopathique       HTA, Diabète  
 autre, préciser :

Lien : .....

**ATCD médicaux et comorbidités :**

Tél. : .....

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

Médecin traitant : .....

**CR échographique** - A joindre si possible

Cardiologue traitant : .....

Adresse : Programme ERIC (RESOVAL)  
Centre hospitalier - Bd Louis Escande  
71018 Macon cedex  
Tel : 03.85.27.54.39- Fax : 03.85.27.52.58  
Messagerie Sécurisée : Resomel® -> ERIC

### Cadre réservé à ERIC

- 1<sup>ère</sup> rencontre programmée le :  
 Refus du patient  
(Nous vous laissons le soin de lui en reparler si vous le jugez nécessaire).

Commentaires :