

Fondation Hospitalière de  
**LA MISÉRICORDE**



Établissement privé d'intérêt collectif

# Mon dossier de RÉADAPTATION CARDIAQUE



## **SERVICE DE READAPTATION CARDIAQUE**

49 rue gémare

Bâtiment les cordeliers

14000 Caen Cedex

**TEL** : 02 31 38 50 72

**Fax** : 02 31 38 51 72

**Mail secrétariat** : [secretariat-readaptation@fondation-misericorde.fr](mailto:secretariat-readaptation@fondation-misericorde.fr)



# VOS DROITS EN TANT QUE PATIENT



## CHOISIR UNE PERSONNE DE CONFIANCE

### Qu'est ce qu'une personne de confiance ?

Une personne de confiance est une personne désignée pour représenter un patient dans la situation où ce dernier serait dans l'incapacité de le faire lui-même, par exemple en raison de son âge de son état de santé ou de son handicap.

### Comment désigner une personne de confiance ?

Utilisez le formulaire de désignation, mis à disposition dans le livret d'accueil, complétez-le et transmettez-le à l'équipe de soins.

Pour + d'info :  
Site : HAS



## REDIGER DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

### Les directives anticipées, de quoi s'agit-il ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie.

C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'écrire vos volontés si vous n'êtes plus en capacité de les exprimer.

Des professionnels peuvent vous accompagner dans la rédaction de ce document.

Pour + d'info et pour accéder au formulaire



Site : HAS



Site : Sante.gov



## CONTACTER LES REPRESENTANTS DES USAGERS (RU)

Les Représentants de Usagers sont **des bénévoles issus d'associations agréées**. Ils peuvent vous informer sur vos droits mais aussi porter votre parole auprès de la Direction de l'établissement.

Pour les contacter :

tél : 02 31 38 50 03

ou par mail :

representantusagers@fondation-misericorde.fr



mon  
ESPACE  
SANTÉ

## ÊTRE INFORMÉ SUR LE PARTAGE DE VOS DOCUMENTS

Vos comptes-rendus et vos ordonnances sont envoyés dans votre dossier médical partagé "**Mon espace santé**" sauf si vous vous y opposez.

Mon espace santé :

Espace numérique personnel et sécurisé

Pour + d'info : [www.monespacesante.fr/](http://www.monespacesante.fr/)



## DONNER VOTRE AVIS VIA LE QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Aidez-nous à améliorer la qualité des soins en répondant à l'enquête de satisfaction du service.

**RETROUVEZ CES INFORMATIONS DANS VOTRE LIVRET D'ACCUEIL ET N'HÉSITÉZ PAS À EN PARLER AUX PROFESSIONNELS**



Madame Monsieur,

L'objectif de ce programme est d'améliorer le pronostic de votre maladie, de diminuer les risques de nouvelles hospitalisations, et de vous rendre votre place au sein de la société en retrouvant une condition physique et morale optimale.

L'application des conseils prodigués par nos équipes est fondamentale pour prévenir les risques de récurrences.

Vous êtes au centre de ce programme, votre investissement personnel couplé à notre expertise et notre soutien vous permettra d'obtenir une meilleure qualité de vie.

La réussite de votre réadaptation repose en grande partie sur votre implication. Chaque séance, chaque atelier est essentiel pour renforcer votre cœur et vous donner les outils nécessaires à une meilleure qualité de vie.

## Quand et comment se rendre en réadaptation cardiaque?



- Au premier et deuxième étage du bâtiment les cordeliers.
- Ouvert 8h15 à 12h15 et de 13h15 à 17h00.
- Parkings : du château, centre Paul Doumer, de l'hôtel de Ville, places dans l'enceinte de la clinique mais limitées
- TRAM : arrêt rue de geôle ( 300 m de la clinique).

## Vous êtes porteur d'un handicap?

Si vous êtes porteur d'un handicap visible ou invisible, prévenez-nous. Nous pouvons solliciter au sein de notre établissement, les référents handicap qui pourront vous accompagner, vous soutenir dans vos démarches et votre parcours de soins.



# Votre programme de réadaptation cardiaque

**Un programme de réadaptation cardiaque comporte deux axes prioritaires :**

## 1. Un entraînement à l'effort :

**Pour récupérer la meilleure condition physique possible** et afin que vous soyez capable de poursuivre, par vous-même, ultérieurement la pratique d'une activité physique régulière adaptée à vos capacités. Cet entraînement est indiqué pour les patients qui viennent d'être opérés d'une maladie ou d'une malformation cardiaque, ou qui ont présenté un infarctus du myocarde et dans d'autres cas de maladie cardiaque et vasculaire chronique.

**Pour rester efficace**, cet entraînement doit être poursuivi tout au long de votre vie, sous la forme d'une activité même modérée, comme une marche quotidienne de trente minutes par exemple. Au cours des séances d'entraînement vous effectuez plusieurs types de travail musculaire tous nécessaires et complémentaires. Le travail en endurance sur vélo ou sur tapis roulant est très important. Le travail de renforcement musculaire et de gymnastique permet une meilleure récupération, améliore la coordination et l'équilibre du corps.

## Les efforts réalisés en réadaptation cardiaque comportent-ils des risques?

En salle d'épreuve d'effort et en salle d'entraînement physique, le matériel est en conformité avec les normes définies par la réglementation actuellement en vigueur. Du personnel compétent et formé aux gestes d'urgence assure votre prise en charge.

Les risques sont faibles : troubles du rythme cardiaque, douleur thoracique, malaise, chute, complications articulaires ou musculaires. Les complications graves sont exceptionnelles (infarctus, arrêt cardiaque, accident vasculaire cérébral, décès).

## 2. Un programme d'éducation thérapeutique

Pour acquérir les moyens qui vont vous permettre d'avoir vous-même une influence favorable sur le cours de votre maladie. Ce programme est adapté à : vos objectifs de santé que nous vous aiderons à fixer, et à votre vie familiale, sociale et professionnelle. Il se compose de trois phases:

- **Un diagnostic éducatif**, qui permet au cours d'un ou plusieurs entretiens individuels de faire le point avec vous sur votre maladie cardiaque, vos facteurs de risque et les traitements, en tenant compte de vos souhaits personnels et de vos possibilités.
- **Un contrat éducatif**, établi avec vous grâce auquel vous devenez l'acteur de votre propre prise en charge en participant aux différents ateliers.
- **La mise en œuvre du programme** repose sur des séances collectives ou individuelles. Les séances en groupe ont le mérite de créer une dynamique et de favoriser les échanges d'expérience. Elles sont réalisées dans le respect de la confidentialité. Le programme aborde les mécanismes de votre maladie, la diététique, l'activité physique, les traitements médicamenteux, le tabagisme et bien d'autres domaines.

**+ d'informations  
sur notre site internet**





## Pour suivre mon programme en réadaptation cardiaque je prends :

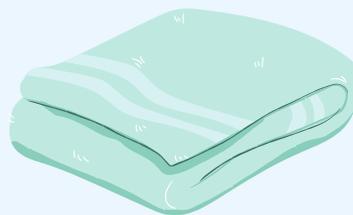
Une tenue adaptée



Une gourde



Le nécessaire pour prendre  
une douche



Un jeton pour le vestiaire



# La télé réadaptation

## Qu'est ce que la télé réadaptation?

- Un programme à distance
- Aidé de la technologie numérique
- Sans avoir à se déplacer
- Suivi à distance
- Flexibilité de l'organisation des séances

## Qui peut bénéficier de la télé réadaptation?

La télé réadaptation est indiquée dans certains cas, vous pourrez en discuter avec le cardiologue qui validera l'indication en fonction de votre état de santé.



## Comment se déroule le programme?

- **Évaluation initiale** : vous serez d'abord évalué par un cardiologue , puis ferez quelques séances en centre
- **Séances à distance** : vous suivrez ensuite des séances d'exercice, encadrées par un professionnel de santé, à domicile via une application. Ces exercices sont ajustés en fonction de votre capacité et de votre progression. Vous porterez des capteurs pour mesurer vos efforts, votre fréquence cardiaque. Les informations sont envoyées aux professionnels de santé pour un suivi en temps réel.
- **Consultations régulières** : des entretiens par téléphone ou visio conférence avec un professionnel vous permettent de faire le point sur vos progrès et d'ajuster le programme si nécessaire.
- **En fin de programme** une nouvelle évaluation cardiologique sera prévue

# Formalités administratives

La réadaptation cardiaque rentre dans le cadre du traitement d'une affection longue durée d'origine cardiaque. Elle est donc prise en charge par la sécurité sociale à 100%.  
Lors votre premier jour en réadaptation cardiaque, munissez-vous de :

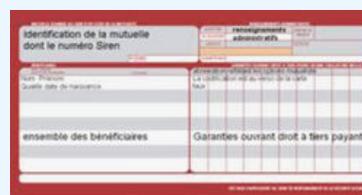
### Une pièce d'identité



### Votre carte vitale



### Votre carte de mutuelle



Le jour de votre consultation médicale munissez vous également de :

- Vos **ordonnances** en cas de traitement en cours
- Votre **dernier bilan** sanguin, vos **comptes rendus médicaux** (hospitalisation...)

**Remettez à la secrétaire l'ensemble  
des documents demandés**

## Vous avez des inquiétudes concernant vos médicaments ?

- Si vous ressentez tout effet indésirable lié au traitement : exemple saignement anormaux sous anticoagulant ou signes d'hypoglycémie sous insuline, informez un membre de l'équipe. Votre sécurité est notre priorité , nous sommes là pour vous accompagner.
- Vous restez autonome dans la gestion de vos médicaments durant votre programme. L'objectif du programme de réadaptation est de renforcer cette autonomie, ce qui vous aidera à gérer au mieux votre santé au quotidien.

## Réadaptation et douleur induite



- Si vous prenez des médicaments contre la douleur, pensez à les planifier avant les séances, en particulier si vous avez des douleurs liées aux exercices physiques : anticipez la gestion de la douleur favorisera votre confort pendant les séances. Parlez-en avec votre médecin traitant qui ajustera les doses si nécessaires.
- Votre douleur sera régulièrement évaluée durant votre programme. Il est important de nous signaler toute douleur ou gêne que vous ressentez.

## Votre avis nous intéresse



Afin de continuer à améliorer nos services et à offrir le meilleur accompagnement aux patients, nous vous invitons à répondre à notre questionnaire de satisfaction.

### Pourquoi est ce important ?

- **Pour améliorer la qualité de nos prises en charge** : votre retour nous permet de mieux comprendre ce qui fonctionne bien et ce que nous pouvons améliorer.
- **Pour personnaliser nos programmes** : Vos réponses nous aident à mieux adapter nos soins aux besoins spécifiques des patients.
- **Pour garantir une prise en charge optimale** : nous nous engageons à offrir un service de réadaptation cardiaque toujours plus efficace et adapté grâce à vos suggestions.

### Comment participer?

A la fin du programme , rapprochez vous de l'éducateur en activité physique adapté après votre séance , une tablette vous sera mis à disposition et vous pourrez être guidé dans l'enquête si vous avez besoin d' aide ou bien répondez en scannant ce QRcode :





## La personne de confiance

### RELAYER VOTRE PAROLE

Choisissez une personne de confiance pour relayer vos volontés en cas d'incapacité à les exprimer. Cette désignation est libre et peut se faire sur formulaire ou papier libre. Elle nécessite une acceptation écrite.

**Formulaire accessible dans ce passeport et à remettre au secrétariat.**

Pour + d'info :



Site : HAS

## Les directives anticipées

### EXPRIMER VOS VOLONTES

Depuis la loi du 22 avril 2005 et renforcées par la loi du 2 février 2016, les directives anticipées permettent à une personne d'exprimer ses choix pour la fin de vie, à faire valoir en cas d'incapacité de s'exprimer.

**Le secrétariat pourra vous délivrer le formulaire si besoin.**

Pour + d'info et pour accéder au formulaire



Site : HAS



Site : Sante.gouv

## PLANNING DES SÉANCES

Le service de réadaptation est un centre de santé.

Le programme de réadaptation est personnalisé en fonction des prescriptions médicales.

Les séances se déroulent sur une demi-journée, elles débutent à 8h30 ou 13h30.

En cas d'absence non signalée au secrétariat, la séance ne sera pas reportée.

Afin de planifier vos séances de réadaptation cardiaque, merci de bien vouloir nous communiquer vos périodes d'indisponibilité pour les prochaines semaines.

**Je ne pourrai me rendre aux  
séances les jours suivants :**



---

---

---

Nom , prénom :

Signature

Fait le :

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE en  
présentiel ou visio conférence**

J'ai été suffisamment informé(e) des avantages de la prise en charge au sein du service de réadaptation cardiaque et des thèmes qui y seront abordés.

- Comprendre la maladie et ses traitements
- Adapter mon alimentation et mon activité physique
- Identifier les signes d'alerte et savoir comment agir

Je consens à respecter le programme de réadaptation cardiaque établi dans mon intérêt par l'équipe médicale et soignante.

Je comprends l'intérêt de poursuivre le programme jusqu'à son terme, néanmoins, après en avoir informé l'équipe médicale, je suis libre de pouvoir quitter le programme à tout moment.

J'accepte les conditions de fonctionnement du service, qui stipulent que toute séance non annulée 48h à l'avance sera considérée comme effectuée.

J'accepte que les membres de l'équipe pluridisciplinaire partagent les informations médicales nécessaires à la continuité de ma prise en charge dans le respect des règles liées à la confidentialité des données.

J'accepte, le cas échéant, que certains ateliers soient réalisés par téléphone ou vision-conférence.

J'accepte que mon médecin traitant et mon médecin cardiologue référent soient tenus informés de ma prise en charge et destinataires du courrier de fin de programme.

Date: .....

Nom et prénom : .....

Signature:

A l'issue de l'entretien initial, je peux définir mes objectifs prioritaires pour la réadaptation cardiaque et l'éducation thérapeutique:

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

**FORMULAIRE D'INFORMATIONS AU PATIENT  
PROGRAMME DE RÉADAPTATION CARDIAQUE**

Je reconnais que .....(nom,prénom, fonction en caractère lisible)  
m'a informé de la nature, des objectifs et du déroulement du programme de réadaptation  
cardiaque qui m'est proposé.

J'ai bien reçu un exemplaire du formulaire d'information du patient. J'ai lu (ou on m'a lu) ce  
document et j'ai eu l'opportunité de poser toutes les questions que j'ai estimé nécessaires.

J'ai bien compris les informations orales et écrites qui m'ont été données.

J'ai compris que ma participation au Programme de Réadaptation Cardiaque de la Clinique de  
la Miséricorde, incluant la réalisation de tests d'effort et ma participation aux séances  
d'éducation thérapeutique est volontaire, et que si j'accepte, je pourrai me retirer de ce  
programme à tout moment.

J'ai compris que pour les besoins du programme,et sauf opposition de ma part, des  
informations à caractère personnel pourront être partagées entre les professionnels qui me  
prennent en charge et que mon médecin traitant et mon cardiologue seront tenus informés  
de mon état de santé.

Conformément à la loi Informatique et liberté du 06 janvier 1978, je peux à tout moment  
exercer un droit d'accès, un droit de rectification, m'opposer, pour des raisons légitimes, au  
traitement informatique des données me concernant, par courrier auprès de la direction de  
l'établissement.

En conséquence, je donne par la présente mon accord volontaire pour participer au  
programme de réadaptation cardiaque du Service de Clinique de la Miséricorde.

Nom :..... Prénom :.....

Date :.....

Signature :

Document signé en deux exemplaires originaux : un pour le signataire, un pour le service



**FORMULAIRE D'INFORMATIONS AU PATIENT  
PROGRAMME DE RÉADAPTATION CARDIAQUE**

Je reconnais que .....(nom,prénom, fonction en caractère lisible) m'a informé de la nature, des objectifs et du déroulement du programme de réadaptation cardiaque qui m'est proposé.

J'ai bien reçu un exemplaire du formulaire d'information du patient. J'ai lu (ou on m'a lu) ce document et j'ai eu l'opportunité de poser toutes les questions que j'ai estimé nécessaires.

J'ai bien compris les informations orales et écrites qui m'ont été données.

J'ai compris que ma participation au Programme de Réadaptation Cardiaque de la Clinique de la Miséricorde, incluant la réalisation de tests d'effort et ma participation aux séances d'éducation thérapeutique est volontaire, et que si j'accepte, je pourrai me retirer de ce programme à tout moment.

J'ai compris que pour les besoins du programme,et sauf opposition de ma part, des informations à caractère personnel pourront être partagées entre les professionnels qui me prennent en charge et que mon médecin traitant et mon cardiologue seront tenus informés de mon état de santé.

Conformément à la loi Informatique et liberté du 06 janvier 1978, je peux à tout moment exercer un droit d'accès, un droit de rectification, m'opposer, pour des raisons légitimes, au traitement informatique des données me concernant, par courrier auprès de la direction de l'établissement.

En conséquence, je donne par la présente mon accord volontaire pour participer au programme de réadaptation cardiaque du Service de Clinique de la Miséricorde.

Nom :..... Prénom :.....

Date :.....

Signature :



**FORMULAIRE D'AUTORISATION DE SOINS POUR LES MINEURS**

Date du programme : .....

Nom du patient : .....

Prénom(s) du patient : .....

Né(e) le : .....

J'autorise les professionnels de santé du service de réadaptation cardiaque à pratiquer tous soins médicaux, examens et interventions jugés nécessaires pour la santé de mon enfant.

Je reconnais avoir été informé des soins que mon enfant pourra recevoir dans le cadre de son programme de réadaptation.

Père    Mère    Représentant légal

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance .....

Adresse :

.....

.....

.....

Numéro de téléphone : .....

Signature

Père    Mère    Représentant légal

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance .....

Adresse :

.....

.....

.....

Numéro de téléphone : .....

Signature

**Pièce à fournir : copie de la carte d'identité d'un des deux parents ou représentant légal**

