

## Étape 1 : Vos facteurs de risque de maladie cardiovasculaire

Vous présentez les facteurs de risque suivants :

	Oui	Non
Cholestérol anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excès de poids ou obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

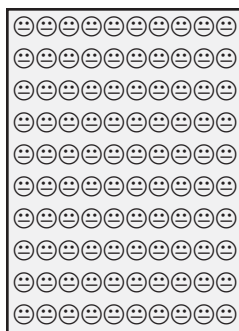
Votre risque de développer un problème cardiaque est :

- Faible (10 % et moins)
- Modéré (11% à 19 %)
- Élevé (20 % et plus)

Si on suivait 100 personnes ayant les mêmes facteurs de risque que vous au cours des dix prochaines années, en moyenne\*

\_\_\_\_\_ auraient une crise cardiaque

\_\_\_\_\_ n'en auraient pas



\*  Ce calcul ne peut être fait pour les personnes diabétiques ou qui ont déjà fait une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral.

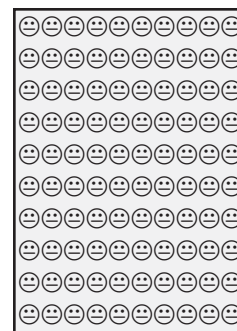
## Étape 2 : Avantages possibles des options de traitement

Options de traitement	Cholestérol-LDL (mauvais cholestérol)	Cholestérol-HDL (bon cholestérol)
<input type="checkbox"/> Pas de changement		
<input type="checkbox"/> Régime alimentaire équilibré		
<input type="checkbox"/> Activité physique		
<input type="checkbox"/> Cesser de fumer		
<input type="checkbox"/> Perdre du poids (10 lbs ou 4,5 kg)		
<input type="checkbox"/> Prendre un médicament pour le cholestérol		

Si 100 personnes comme vous modifiaient tous leurs facteurs de risque au cours des dix prochaines années, en moyenne

\_\_\_\_\_ auraient un infarctus

\_\_\_\_\_ n'en auraient pas



\*  Ce calcul ne peut être fait pour les personnes diabétiques ou qui ont déjà fait une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral.

## Étape 3 : Votre plan d'action

(✓) Cocher les options que vous êtes intéressés à considérer pour les 3 prochains mois. Soyez précis pour les changements.

OPTIONS CONCERNANT LES HABITUDES DE VIE				
	Je le fais déjà	J'essaierai de le faire	Je pense à le faire	Changement précis
Suivre un régime alimentaire sain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ex. : acheter plus de fruits et de légumes
Perdre du poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ex. : s'inscrire à un programme d'amaigrissement
Faire plus d'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ex. : marcher 30 minutes par jour du stationnement au bureau
Cesser de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ex. : arrêter de fumer et utiliser des timbres à la nicotine
Réduire le stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ex.: écouter des cassettes de relaxation chaque jour
Limiter la consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ex. : limiter l'alcool à une consommation ou moins par jour
OPTIONS CONCERNANT LES MÉDICAMENTS (SI APPROPRIÉ)				
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Étape 4 : Vos progrès

✓ Vous pouvez remplir cette partie avec votre professionnel de la santé afin de suivre vos progrès au cours des trois prochains mois.

	Objectif	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
CHANGEMENTS DES HABITUDES DE VIE	Choix possibles	Les changements que vous avez apportés						
Régime alimentaire sain	<input type="checkbox"/>							
Perte de poids	<input type="checkbox"/>							
Augmentation de l'activité physique	<input type="checkbox"/>							
Abandon du tabac	<input type="checkbox"/>							
Diminution du stress	<input type="checkbox"/>							
Diminution de la consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>							
MÉDICAMENTS		Écrire le nom des médicaments						
Pour le cholestérol	<input type="checkbox"/>							
Pour la tension artérielle	<input type="checkbox"/>							
Autre	<input type="checkbox"/>							
VOS RÉSULTATS	Valeurs idéales	Consignez vos résultats						
Cholestérol-HDL								
Cholestérol-LDL								
Cholestérol total/HDL								
Tension artérielle	/	/	/	/	/	/	/	/
Risque de problème cardiaque								

## Faire des choix : Options de traitement pour réduire son risque de maladie cardiovasculaire



### Votre feuille de travail personnelle

#### Renseignements personnels

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Pharmacien : \_\_\_\_\_

Médecin : \_\_\_\_\_