



Date :
Lieu :

Dépistage Insuffisance cardiaque

Score EPOF supérieur à 4

Madame, Monsieur,

Dans le cadre des actions de dépistage de l'insuffisance cardiaque menées sur le territoire de la CPTS Porte de France Moselle, votre patient(e) :

Nom – Prénom :

Date de naissance :

A bénéficié d'un questionnaire EPOF (Évaluation Précoce de l'Œdème et de la Fatigue).

EPOF : /10

Ce résultat constitue un **dépistage positif** justifiant une **consultation de médecine générale** afin d'évaluer la situation clinique et d'orienter la prise en charge si nécessaire.

Nous vous remercions par conséquent de bien vouloir :

- Recevoir votre patient(e),
- Apprécier le contexte clinique,
- Et mettre en œuvre, le cas échéant, les examens et orientations que vous jugerez adaptés (bilan complémentaire, avis spécialisé, suivi).

Ce dépistage s'inscrit dans une démarche de **repérage précoce de l'insuffisance cardiaque** et d'amélioration du parcours de soins à l'échelle du territoire.

Restant à votre disposition pour tout complément d'information, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Signature du professionnel de santé ayant réalisé le dépistage

Nom – Prénom :

Fonction :

Structure :