

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

PROGRAMMES DE MALADIES CHRONIQUES

Transmettre votre requête au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île de Montréal - Secteur Dorval-Lachine-Lasalle.

Télécopieur : 514 639-0651

Téléphone : 514 639-0650 poste 80581

Courriel : progrcm.dli@ssss.gouv.qc.ca

Nom, Prénom :
Adresse :
Date de naissance :
Numéro RAMQ :
Tél. : Tél. (bureau) :

Veillez cocher le programme à lequel vous référez votre usager.

☐ RISQUE CARDIO-MÉTABOLIQUE (RCM) - PROGRAMME MODIFICATION DES HABITUDES DE VIE

Objectif : Acquérir les notions sur les saines habitudes de vie et recevoir un accompagnement pour modifier certaines habitudes.

Critères de référence

- Pré-diabète : HbA1c entre 6.0 et 6.4% ET glycémie à jeun entre 6.1 et 6.9 mmol/L.
- Diabète type 2 traité avec médication orale, insuline ou diète seule.
- Personne avec HTA : TA $\geq$ 140/90 mmHg.
- Personne avec dyslipidémie et un autre condition tel le diabète ou HTA.

NB : Les usagers ne répondant pas à ces critères ne seront pas admis au programme

Le programme inclut :

- 6 rencontres individuelles
 - 4 rencontres de groupe
 - Rencontre(s) avec le spécialiste en activité physique
- Intervenants du programme** : Infirmière, nutritionniste et kinésiologue

Ordonnance médicale pour prélèvements

- Glycémie à jeun, créatinine sérique, sodium, potassium
- Rapport albumine/créatinine urinaire 0-12-24 mois
- Bilan lipidique 0-12-24 (36) mois
- Hémoglobine glyquée (A1C) 0-3-6-9-12 mois (9 et 15 mois au besoin)

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN OU L'IPS :

Programme modification des habitudes de vie pour ☐ Pré-diabète ☐ Diabète ☐ HTA

J'accepte:

- ☐ Consultation en nutrition
- ☐ Ajustement autorisé par l'infirmière habilitée du programme RCM selon le protocole de diabète type 2 de l'INESSS¹.
 - Hypoglycémiant oraux et/ou insulines à ajuster:
 - Cible thérapeutique HbA1c : ☐ $\leq$ 7.0% ☐ $\leq$ 6.5% ☐ 7.1 à 8.5 %
 - L'infirmière avisera si la cible thérapeutique n'est pas atteinte 3 à 6 mois après le début du traitement.
- ☐ Autorisation médicale à la pratique d'activité physique
 - Ordonnances médicales/contre-indications à l'effort:

☐ PROGRAMME MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC) – PROGRAMME D'ÉDUCATION ET AUTO-GESTION

Objectif : Éducation à visée d'autogestion pour personnes ambulatoires ayant un diagnostic de MPOC objectivé par un test de spirométrie post-BD

Critères de référence

- Diagnostic de MPOC confirmé par spirométrie avec un résultat VEMS > 50% ou ratio VEMS / CVF < 70%, soit MPOC léger à modéré
- Personne pouvant se déplacer au CLSC
- Personne n'ayant pas de trouble neurocognitif majeur ou psychotique sévère

NB : Les usagers ne répondant pas à ces critères ne seront pas admis au programme

Le programme inclut :

- 4 rencontres individuelles
- 1 suivi téléphonique

Intervenants du programme : Infirmière clinicienne

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN OU L'IPS :

Résultat de la dernière spirométrie: VEMS/CVF: _____% VEMS: _____ CVF : _____ Date: _____

***** LE MÉDECIN /IPS RÉFÉRENT DOIT ACCEPTER DE SUIVRE LE PATIENT TOUT AU LONG DU PROGRAMME. *****

JOINDRE LA LISTE DES MÉDICAMENTS ET LES RÉSULTATS DE LABORATOIRE PERTINENTS AU PRÉSENT FORMULAIRE

Nom du médecin (en lettre moulées)

de permis

Date

Adresse

Téléphone

Télécopieur

Signature

ENGAGEMENT DE LA CLIENTÈLE

(à faire signer au bureau du médecin ou lors de la première visite au Centre d'enseignement du CIUSSS).

J'autorise la transmission de renseignements nécessaires au suivi de ma condition et m'engage à suivre le programme (individuel/groupe) offert au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île.

Signature du patient

Date