|  |  |
| --- | --- |
| \*105\* \*105\*  **RÉFÉRENCE PROGRAMME DE RÉADAPTATION**  **CARDIAQUE** | N° dossier :  Nom :  Prénom :  NAM :       Exp. : 20  /  Date de naissance :     /  /    M  F  Année Mois Jour |
| **Soins dispensés au:** CH Pierre-Boucher CH Honoré-Mercier CH Hôtel-Dieu de Sorel Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **COORDONNÉES** | |
| **Pierre-Boucher**  Courriel : maladies.chroniques.pb.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca  Téléphone : (450) 468-7700 / Télécopieur : (450) 442-5721  **Richelieu-Yamaska**  Courriel : maladies.chroniques.ry.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca  Téléphone : (450) 773-4387 / Télécopieur : (450) 998-2023  **Pierre-De-Saurel**  Courriel : maladies.chroniques.pds.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca  Téléphone : (450) 551-8051 / Télécopieur : (450) 908-8008 | |
| **CLIENTÈLE ADMISSIBLE** | |
| **Diagnostic** :  Post-syndrome coronarien aigu (SCA) récent **référé par un cardiologue CISSSME**  Précision :  STEMI  NSTEMI  Angine stable  Angine micro vasculaire  Dissection coronarienne  Autre :  Insuffisance cardiaque (IC) **stable\* référé par un cardiologue CISSSME**  Suivi à la clinique d’IC :  Oui  Non  *\** ***∅*** *d’hospitalisation pour IC <3 mois et* ***∅*** *d’augmentation récente de la dose de diurétique*  Âge > 18 ans avec un **suivi actif en cardiologie au CISSSME**  Capacités cognitives, psychologiques et fonctionnelles favorables  Capacité d’auto surveillance | |
| **EXAMENS PARACLINIQUES REQUIS PRÉ-ADMISSION AU PROGRAMME** | |
| Épreuve d’effort (Ce formulaire sera transmis au service d’électrophysiologie médicale pour planification d’un rendez-vous)  **SCA**  Traitement médical et/ou angioplastie : Délai minimal : 7 jours après le congé de l’hôpital  Délai maximal : 4 semaines après le congé de l’hôpital  Chirurgie de pontage coronarien : Délai minimal : 4 semaines après le congé de l’hôpital  Délai maximal : 8 semaines après le congé de l’hôpital  **IC**  Aucun délai | |
| **NB**: La prescription de nitroglycérine par ordonnance individuelle par le médecin référent est un prérequis pour la participation au programme de réadaptation.  **Vous devez vous assurer de faire la prescription requise pour chaque usagé référé.** | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Nom du médecin Signature du prescripteur No permis | |

5505934 (2024/02/21)Dossier médical

CISSSME **RÉFÉRENCE PROGRAMME DE RÉADAPTATION** Page 1 de 1

**CARDIAQUE**