|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \*160\* \*160\*  **RÉFÉRENCE CENTRE D’EXPERTISE  EN MALADIES CHRONIQUES** | | N° dossier :  Nom :  Prénom :  NAM : Exp. : 20\_\_\_/\_\_\_  Date de naissance : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  M  F  X  Année Mois Jour | |
| **Soins dispensés au:** RLS Pierre-Boucher RLS Richelieu-Yamaska RLS Pierre-de Saurel | | | |
| **COORDONNÉES POUR REJOINDRE L’USAGER** | | | |
| # de téléphone pour rejoindre l’usager :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **COORDONNÉES DU CENTRE D’EXPERTISE EN MALADIES CHRONIQUES** | | | |
| **Pierre-Boucher :** [maladies.chroniques.pb.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:maladies.chroniques.pb.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca) | Tél. : 450 468-7700 | Téléc. : 450 442-5721  **Richelieu-Yamaska :** [maladies.chroniques.ry.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:maladies.chroniques.ry.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca) | Tél. : 450 773-4387 | Téléc. : 450 998-2023  **Pierre-De Saurel :** [maladies.chroniques.pds.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:maladies.chroniques.pds.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca) | Tél. : 450 551-8051 | Téléc. : 450 908-8008 | | | |
| **CRITÈRES D’ADMISSION GÉNÉRAUX** | | | |
| Volonté de l’usager de s’impliquer dans l’autogestion de sa maladie;   * **Usager du territoire du CISSS de la Montérégie-Est** référé par un professionnel ou intervenant de la santé; * Âge ≥ 18 ans (sauf asthme : pas d’âge minimal);   Clientèle ambulatoire (capacités physiques favorables aux déplacements);  Capacités cognitives et psychologiques favorables à l’autogestion. | | | |
| **CLIENTÈLE ADMISSIBLE** | **CRITÈRES D’ADMISSION SPÉCIFIQUES** | | **SERVICES OFFERTS** |
| **Santé respiratoire** | | | |
| **Asthme** | * Diagnostic confirmé **(joindre la spirométrie à la référence)**   **EXCLUSION :** Investigation en cours pour éliminer un diagnostic différentiel | | * Rencontres individuelles avec inhalothérapeute ou infirmière clinicienne * Atelier éducatif asynchrone en virtuel |
| **MPOC** | * Diagnostic confirmé par spirométrie pré et post bronchodilatateur **(à joindre à la référence)** | | Ateliers éducatifs et activité physique en groupe **seulement**  **OU**  Programme complet **(Plan d’action en cas d’exacerbation** **à joindre à la référence s’il y a lieu)**   * Rencontres individuelles avec équipe interdisciplinaire selon les besoins * Ateliers éducatifs et activité physique en groupe |

5505736 (2025/04/09)Dossier médical

CISSSME **RÉFÉRENCE CENTRE D’EXPERTISE** Page 1 de 2

**EN MALADIES CHRONIQUES**

**Nom : Prénom : N° dossier :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prévention cardiométabolique** | | | |
| **Pré-diabète** | | * Diagnostic confirmé | * Ateliers éducatifs et activité physique en groupe **seulement** |
| **Diabète** | | * Diagnostic confirmé :   Diabète de type 2 de novo sans médication  Diabète de type 2 avec hypoglycémiants oraux  Diabète de type 2 avec insulinothérapie (basale et/ou prandiale)  Diabète MODY | **Offert à tous les usagers :**  Ateliers éducatifs et activité physique en groupe **seulement**  **Offert aux usagers hors GMF avec cibles thérapeutiques non atteinte seulement :**  Ateliers éducatifs et activité physique en groupe **seulement**  OU  Programme complet avec stratégies personnalisées  **Obligatoire et à joindre avec la référence : Ordonnance individuelle d’ajustement (OIA)**   * Ateliers éducatifs et activité physique en groupe * Ajustement de médication selon OIA par l’infirmière clinicienne * Rencontres individuelles avec équipe interdisciplinaire selon les besoins |
| **HTA** | | * Diagnostic confirmé |
| **DLP** | | * Diagnostic confirmé |
| **ORDONNANCE MÉDICALE INDIVIDUELLE** | | | |
| **Asthme :**  Plan d’action individualisé pour les crises d’asthme **(à joindre obligatoirement à la référence s’il y a lieu)** | | | |
| **MPOC :**  Plan d’action en cas d’exacerbation **(à joindre à la référence s’il y a lieu)** | | | |
| **Diabète – HTA –DLP :**  Si référence au programme complet avec stratégies personnalisées :  Ordonnance individuelle d’ajustement (OIA) signé **(à joindre obligatoirement à la référence)** | | | |
| **PRIORITÉ D’ADMISSION AU PROGRAMME** | | | |
| **Asthme/MPOC** | **URGENT :**  Post-hospitalisation ou consultation pour exacerbation récente  **SEMI-URGENT :**  Diagnostic de novo  **NON URGENT** :  Asthme/MPOC stable | | |
| **Diabète** | **URGENT :**  Préopératoire  Hypoglycémies fréquentes ou sévères  **SEMI-URGENT**  Diabète de type 2 ou MODY de novo  Amorce d’insuline basale et/ou prandiale  HbA1c > 1,5 % de la cible  **NON URGENT**  Diabète de type 2 ou MODY stable  HbA1c < 1,5 % de la cible | | |
| **HTA** | **URGENT :**  Crise hypertensive récente  **NON URGENT** :  Liste d’attente selon la date de référence | | |
| **DLP** | **NON URGENT** :  Liste d’attente selon la date de référence | | |
| **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES** | | | |
| Médecin de famille :       Médecin spécialiste traitant :  Autres renseignements pertinents : | | | |
| **COORDONNÉES DU RÉFÉRENT** | | | |
| Nom du référent Titre Téléphone ou adresse courriel Télécopieur  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Signature du référent No permis | | | |

5505736 (2025/04/09)Dossier médical

CISSSME **RÉFÉRENCE CENTRE D’EXPERTISE** Page 2 de 2

**EN MALADIES CHRONIQUES**