|  |  |
| --- | --- |
| \*105\* \*105\***RÉFÉRENCE PROGRAMME DE** **RÉADAPTATION CARDIAQUE**  | 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 | Tél. : 450 468-7700 | Téléc. : 450 442-5721**Richelieu-Yamaska :** 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 | Tél. : 450 551-8051 | Téléc. : 450 908-8008 |
| **CLIENTÈLE ADMISSIBLE** |
| **Diagnostic** : [ ]  Post-syndrome coronarien aigu (SCA) récent **référé par un cardiologue ou par IPS en cardiologie du CISSSME** Précision : [ ]  STEMI [ ]  NSTEMI [ ]  Angine stable [ ]  Angine micro vasculaire [ ]  Dissection coronarienne  [ ]  Insuffisance cardiaque (IC) **stable\* référé par un cardiologue ou par IPS en cardiologie du CISSSME**[ ]  **IC ischémique [ ]  Non ischémique**  Suivi à la clinique d’IC : [ ]  Oui [ ]  Non*\** ***Ø*** *d’hospitalisation pour IC <3 mois et Ø**d’augmentation récente de la dose de diurétique*[ ]  Âge > 18 ans, **domicilié sur le territoire du** **CISSSME** avec un **suivi actif en cardiologie au CISSSME**[ ]  Capacités cognitives et psychologiques favorables à l’autogestion[ ]  Capacité fonctionnelle de l’usager de faire une épreuve d’effort préalable au programme de réadaptation cardiaque |
| **EXAMENS PARACLINIQUES REQUIS PRÉ-ADMISSION AU PROGRAMME** |
| [ ]  Épreuve d’effort **OBLIGATOIRE** pour admission auprogramme (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 *Une prescription de l’activité physique sera obligatoire avant de débuter le programme de réadaptation cardiaque* |
| [ ]  Ce formulaire agit à titre de demande de consultation au cardiologue surveillant du programme de réadaptation cardiaque Une prescription de nitroglycérine par ordonnance individuelle doit être prescrite pour participer au programme *(sauf pour les usagers référés pour IC non ischémique)* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Nom du référent Signature du prescripteur No permis  |

5505934 (2025/04/07)Dossier médical

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

 **RÉADAPTATION CARDIAQUE**