|  |  |
| --- | --- |
| \*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](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 | |
| **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**