|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \*105\* \*105\*  **RÉFÉRENCE PROGRAMME DE RÉADAPTATION**  **PULMONAIRE** | | 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** | | |
| Maladie pulmonaire confirmée (MPOC, pneumopathie interstitielle, asthme avec obstruction fixe)  Âge ≥ 18 ans **domicilié sur le territoire du CISSSME** avec un **suivi actif en pneumologie.**  Capacités cognitives, psychologiques et fonctionnelles favorables à l’autogestion  Absence de contre-indications plaçant l’usager à risque (ex. : maladie cardiaque non contrôlée ou décompensée, sténose aortique sévère, embolie ou thrombophlébite récente)  **Infarctus ou PAC < 6 mois : Épreuve d’effort requis** *(Ce formulaire sera transmis au service d’électrophysiologie médicale pour planification d’un RDV)* | | |
| **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES** | | |
| L’usager a-t-il déjà participé au programme?  Non  Oui → Justification clinique de la demande :  2 exacerbations aigues dans les 12 derniers mois  Programme de RP complété depuis > 2 ans et diminution de la capacité d’effort | | |
| **Diagnostic** :  MPOC  Léger  Modéré  Sévère  Pneumopathie interstitielle  Asthme avec obstruction fixe  **Comorbidités :**  Bronchiectasie  Pré/post-greffe pulmonaire  Hypertension pulmonaire  Hypertension  Diabète  Dyslipidémie  SCA / PAC → Date de l’événement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Oxygénothérapie :**  Usager O2 dépendant : \_\_\_\_\_\_L/min au repos O2 supplémentaire à l’effort : \_\_\_\_\_L/min  Saturation visée à l’effort pour usager O2 dépendant : ≥85%  Usager sans prise d’O2 à domicile :  Saturation visée au repos ≥ 88%  Au besoin, administrer O2 à l’effort pour cibler une saturation ≥ 85%  **Statut tabagique :**  Fumeur  Non-fumeur | | |
| **PRIORITÉ D’ADMISSION AU PROGRAMME** | PRIORITAIRE : délai max de 4 semaines (ex. : post-exacerbation aiguë MPOC)  Liste d’attente selon la date de référence  Autre(s) : | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Nom du médecin Signature du prescripteur No permis | | |

5505935 (2025-04-10)Dossier médical

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

**PULMONAIRE**