|  |  |
| --- | --- |
| \*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 | 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** |
| [ ]  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**