



RE1008

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20__/__/__

Date de naissance : ____/____/____ M F X
Année Mois Jour

RÉFÉRENCE CENTRE D'EXPERTISE EN MALADIES CHRONIQUES

Soins dispensés au: <input type="checkbox"/> RLS Pierre-Boucher <input type="checkbox"/> RLS Richelieu-Yamaska <input type="checkbox"/> RLS Pierre-de Saurel		
Numéro de téléphone pour rejoindre l'utilisateur : _____		
COORDONNÉES		
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
CRITÈRES D'ADMISSION GÉNÉRAUX		
<input checked="" type="checkbox"/> Volonté de l'utilisateur de s'impliquer dans l'autogestion de sa maladie; <input checked="" type="checkbox"/> Usager du territoire du CISSS de la Montérégie-Est référé par un professionnel ou intervenant de la santé; <input checked="" type="checkbox"/> Âge ≥ 18 ans (sauf asthme : pas d'âge minimal); <input checked="" type="checkbox"/> Clientèle ambulatoire (capacités physiques favorables aux déplacements) sauf pour les ateliers éducatifs en virtuel; <input checked="" type="checkbox"/> Capacités cognitives et psychologiques favorables à l'autogestion.		
CLIENTÈLE ADMISSIBLE	CRITÈRES D'ADMISSION SPÉCIFIQUES	SERVICES OFFERTS
<input type="checkbox"/> Asthme	<input checked="" type="checkbox"/> Diagnostic confirmé _____ EXCLUSION : Investigation en cours pour éliminer un diagnostic différentiel _____	<input type="checkbox"/> Rencontres individuelles avec inhalothérapeute ou infirmière clinicienne : _____ <input type="checkbox"/> Capsules d'enseignement virtuel virtuel _____
<input type="checkbox"/> MPOC	<input checked="" type="checkbox"/> Diagnostic confirmé par spirométrie pré et post bronchodilatateur (à joindre à la référence) _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ateliers éducatifs en groupe et cours de groupe seulement _____ OU <input type="checkbox"/> Programme complet (Plan d'action en cas d'exacerbation à joindre à la référence) <input type="checkbox"/> Rencontres individuelles avec équipe interdisciplinaire selon les besoins _____ <input type="checkbox"/> Ateliers éducatifs de groupe et cours de groupe _____
<input type="checkbox"/> Syndrome Métabolique	<input checked="" type="checkbox"/> Diagnostique confirmé	<input type="checkbox"/> Ateliers éducatifs en groupe et cours de groupe seulement _____
<input type="checkbox"/> Pré-diabète	<input checked="" type="checkbox"/> Diagnostic confirmé _____	<input type="checkbox"/> Ateliers éducatifs en groupe et cours de groupe seulement _____
<input type="checkbox"/> Diabète	<input checked="" type="checkbox"/> Diagnostic confirmé : <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 de novo sans médication <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 avec hypoglycémifiants oraux <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 avec insulinothérapie (basale et/ou prandiale) <input type="checkbox"/> Diabète MODY _____	<input type="checkbox"/> Ateliers éducatifs en groupe et cours de groupe seulement OU <input type="checkbox"/> Programme complet avec stratégies personnalisées (Ordonnance individuelle d'ajustement (OIA) à joindre à la référence) <input type="checkbox"/> Ateliers éducatifs de groupe et cours de groupe <input type="checkbox"/> Ajustement de médication selon OIA par l'infirmière clinicienne <input type="checkbox"/> Rencontres individuelles avec équipe interdisciplinaire selon les besoins
<input type="checkbox"/> HTA	<input checked="" type="checkbox"/> Diagnostic confirmé _____	
<input type="checkbox"/> DLP	<input checked="" type="checkbox"/> Diagnostic confirmé _____	

