



RE1019

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

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

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

RÉFÉRENCE PROGRAMME DE RÉADAPTATION CARDIAQUE

Soins dispensés au : RLS Pierre-Boucher RLS Richelieu-Yamaska RLS Pierre-de Saurel

de téléphone pour rejoindre l'utilisateur : _____

COORDONNÉES

Pierre-Boucher : maladies.chroniques.pb.cisssme16@sss.gouv.qc.ca | Tél. : 450 468-7700 | Téléc. : 450 442-5721

Richelieu-Yamaska : maladies.chroniques.ry.cisssme16@sss.gouv.qc.ca | Tél. : 450 773-4387 | Téléc. : 450 998-2023

Pierre-De Saurel : maladies.chroniques.pds.cisssme16@sss.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

* \emptyset d'hospitalisation pour IC <3 mois et \emptyset 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'utilisateur de faire une épreuve d'effort préalable au programme de réadaptation cardiaque

EXAMENS PARACLIQUES REQUIS PRÉ-ADMISSION AU PROGRAMME

Épreuve d'effort **OBLIGATOIRE** pour admission au programme (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*)

Nom du médecin

Signature du prescripteur

Date : 20__/__/__
No permis