|  |  |
| --- | --- |
| \*105\* \*105\***RÉFÉRENCE PROGRAMME DE RÉADAPTATION****CARDIAQUE**   | N° dossier :      Nom :      Prénom :     NAM :       Exp. : 20  /  Date de naissance :     /  /   [ ]  M [ ]  F Année Mois Jour |
| **Soins dispensés au:** [ ] CH Pierre-Boucher [ ] CH Honoré-Mercier [ ] CH Hôtel-Dieu de Sorel [ ] Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **COORDONNÉES** |
| **Pierre-Boucher**Courriel : maladies.chroniques.pb.cisssme16@ssss.gouv.qc.caTéléphone : (450) 468-7700 / Télécopieur : (450) 442-5721**Richelieu-Yamaska**Courriel : maladies.chroniques.ry.cisssme16@ssss.gouv.qc.caTéléphone : (450) 773-4387 / Télécopieur : (450) 998-2023**Pierre-De-Saurel**Courriel : maladies.chroniques.pds.cisssme16@ssss.gouv.qc.caTéléphone : (450) 551-8051 / Télécopieur : (450) 908-8008 |
| **CLIENTÈLE ADMISSIBLE** |
| **Diagnostic** : [ ]  Post-syndrome coronarien aigu (SCA) récent **référé par un cardiologue CISSSME** Précision : [ ]  STEMI [ ]  NSTEMI [ ]  Angine stable [ ]  Angine micro vasculaire [ ]  Dissection coronarienne [ ]  Autre :  [ ]  Insuffisance cardiaque (IC) **stable\* référé par un cardiologue CISSSME**Suivi à la clinique d’IC : [ ]  Oui [ ]  Non *\** ***∅*** *d’hospitalisation pour IC <3 mois et* ***∅*** *d’augmentation récente de la dose de diurétique*[x]  Âge > 18 ans avec un **suivi actif en cardiologie au CISSSME**[x]  Capacités cognitives, psychologiques et fonctionnelles favorables[x]  Capacité d’auto surveillance |
| **EXAMENS PARACLINIQUES REQUIS PRÉ-ADMISSION AU PROGRAMME** |
| [x]  Épreuve d’effort (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  |
| **NB**: La prescription de nitroglycérine par ordonnance individuelle par le médecin référent est un prérequis pour la participation au programme de réadaptation.**Vous devez vous assurer de faire la prescription requise pour chaque usagé référé.** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Nom du médecin Signature du prescripteur No permis  |

5505934 (2024/02/21)Dossier médical

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

 **CARDIAQUE**