|  |  |
| --- | --- |
| \*105\* \*105\***RÉFÉRENCE PROGRAMME DE RÉADAPTATION****PULMONAIRE**   | 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** |
| [x]  Maladie pulmonaire confirmée (MPOC, pneumopathie interstitielle, bronchiectasie, pré et post-greffe pulmonaire, hypertension pulmonaire)[x]  Âge ³ 18 ans avec un **suivi actif en pneumologie au CISSSME**[x]  Capacités cognitives, psychologiques et fonctionnelles favorables[x]  Absence de contre-indications plaçant l’usager à risque (ex. : maladie cardiaque non contrôlée ou décompensée, infarctus récent, sténose aortique sévère, embolie ou thrombophlébite récente)  |
| **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES** |
| L’usager a-t-il déjà participé au programme?[ ]  Non [ ]  Oui Justification clinique de la demande :  |
| **Diagnostic** : [ ]  MPOC [ ]  Léger [ ]  Modéré [ ]  Sévère [ ]  Très sévère [ ]  Pneumopathie interstitielle [ ]  Bronchiectasie [ ]  Prép/post-greffe pulmonaire [ ]  Hypertension pulmonaire [ ]  Autre : [ ]  O2 dépendant \_\_\_\_\_\_L/min au repos [ ] O2 supplémentaire à l’effort : \_\_\_\_\_L/min [ ]  Saturation à l’effort visé : 88-90%[ ]  Fumeur [ ]  Non-fumeurComorbidité(s) : [ ]  Épreuve d’effort si SCA ou PAC < 6 mois *(Ce formulaire sera transmis au service d’électrophysiologie médicale pour planification d’un RDV)* |
| **PRIORITÉ D’ADMISSION AU PROGRAMME** | [ ]  PRIORITAIRE : délai max de 4 semaines (ex. : post-exacerbation aiguë MPOC, pré/post-greffe ou autre)[ ]  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 (2024/02/14)Dossier médical

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

 **PULMONAIRE**