|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \*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.ca  Téléphone : (450) 468-7700 / Télécopieur : (450) 442-5721  **Richelieu-Yamaska**  Courriel : maladies.chroniques.ry.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca  Téléphone : (450) 773-4387 / Télécopieur : (450) 998-2023  **Pierre-De-Saurel**  Courriel : maladies.chroniques.pds.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca  Téléphone : (450) 551-8051 / Télécopieur : (450) 908-8008 | | |
| **CLIENTÈLE ADMISSIBLE** | | |
| Maladie pulmonaire confirmée (MPOC, pneumopathie interstitielle, bronchiectasie, pré et post-greffe pulmonaire, hypertension pulmonaire)  Âge ³ 18 ans avec un **suivi actif en pneumologie au CISSSME**  Capacités cognitives, psychologiques et fonctionnelles favorables  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-fumeur  Comorbidité(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**