|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \*160\* \*160\***RÉFÉRENCE CENTRE D’EXPERTISE EN****MALADIES CHRONIQUES**  |

|  |
| --- |
| N° dossier :  Nom : Prénom : NAM : Exp. : 20\_\_\_/\_\_\_Date de naissance : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ € M F € X Année Mois Jour |

 |
| **Soins dispensés au:** [ ] RLS Pierre-Boucher [ ] RLS Richelieu-Yamaska [ ] RLS Pierre-de Saurel |
| **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** |
| Volonté de l’usager de s’impliquer dans l’autogestion de sa maladie;* **Usager du territoire du CISSS de la Montérégie-Est** référé par un professionnel ou intervenant de la santé;
* Âge ≥ 18 ans (sauf asthme : pas d’âge minimal);

Clientèle ambulatoire (capacités physiques favorables aux déplacements) *sauf pour les ateliers éducatifs en virtuel*;Capacités cognitives et psychologiques favorables à l’autogestion. |
| **CLIENTÈLE ADMISSIBLE** | **CRITÈRES D’ADMISSION SPÉCIFIQUES** | **SERVICES OFFERTS** |
| [ ]  **Asthme**  | * Diagnostic confirmé

**EXCLUSION :** Investigation en cours pour éliminer un diagnostic différentiel | * Rencontres individuelles avec inhalothérapeute ou infirmière clinicienne
* Capsules d’enseignement
 |
| [ ]  **MPOC** | * Diagnostic confirmé par spirométrie pré et post bronchodilatateur **(à joindre à la référence)**
 | [ ]  Ateliers éducatifs en groupe et cours de groupe **seulement** **OU**[ ]  Programme complet **(Plan d’action en cas d’exacerbation** **à joindre à la référence)*** Rencontres individuelles avec équipe interdisciplinaire selon les besoins
* Ateliers éducatifs de groupe et cours de groupe
 |
| [ ]  **Pré-diabète** | * Diagnostic confirmé
 | * Ateliers éducatifs en groupe et cours de groupe **seulement**
 |
| [ ]  **Diabète** | * Diagnostic confirmé :

[ ]  Diabète de type 2 de novo sans médication[ ]  Diabète de type 2 avec hypoglycémiants oraux[ ]  Diabète de type 2 avec insulinothérapie (basale et/ou prandiale)[ ]  Diabète MODY | [ ]  Ateliers éducatifs en groupe et cours de groupe **seulement** **OU**[ ]  Programme complet avec stratégies personnalisées **(Ordonnance individuelle d’ajustement (OIA)** **à joindre à la référence)*** Ateliers éducatifs de groupe et cours de groupe
* Ajustement de médication selon OIA par l’infirmière clinicienne
* Rencontres individuelles avec équipe interdisciplinaire selon les besoins
 |
| [ ]  **HTA** | * Diagnostic confirmé
 |
| [ ]  **DLP** | * Diagnostic confirmé
 |

5505736 (2024/04/12)Dossier médical

CISSSME **RÉFÉRENCE CENTRE D’EXPERTISE EN** Page 1 de 2

 **MALADIES CHRONIQUES**

**Nom :       Prénom :       N° dossier :**

|  |
| --- |
| **ORDONNANCE MÉDICALE INDIVIDUELLE** |
| **Asthme :** R Plan d’action individualisé pour les crises d’asthme **(à joindre obligatoirement à la référence)** |
| **MPOC :** R Plan d’action en cas d’exacerbation **(à joindre à la référence s’il y a lieu)**  |
| **Diabète – HTA –DLP :** R Si référence au programme complet avec stratégies personnalisées : Ordonnance individuelle d’ajustement (OIA) signé **(à joindre obligatoirement à la référence)** |
| **PRIORITÉ D’ADMISSION AU PROGRAMME** |
| **Asthme/MPOC** | **URGENT :** [ ]  Post-hospitalisation ou consultation pour exacerbation récente**SEMI-URGENT :** [ ]  Diagnostic de novo**NON URGENT** : [ ]  Asthme/MPOC stable |
| **Diabète** | **URGENT :** [ ]  Préopératoire [ ]  Hypoglycémies fréquentes ou sévères**SEMI-URGENT :** [ ]  Diabète de type 2 ou MODY de novo [ ]  Amorce d’insuline basale et/ou prandiale [ ]  HbA1c > 1.5% de la cible**NON URGENT :** [ ]  Diabète de type 2 ou MODY stable [ ]  HbA1c < 1.5% de la cible. |
| **HTA** | **URGENT :** [ ]  Crise hypertensive récente**NON URGENT** : [ ]  Liste d’attente selon la date de référence |
| **DLP** | **NON URGENT** : [ ]  Liste d’attente selon la date de référence |
| **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES** |
| Médecin de famille :       Médecin spécialiste traitant :      Autres renseignements pertinents :       |
| **COORDONNÉES DU RÉFÉRENT** |  |
|                     Nom du référent Titre Téléphone ou adresse courriel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Signature du référent No permis |

5505736 (2024/04/12)Dossier médical

CISSSME **RÉFÉRENCE CENTRE D’EXPERTISE EN** Page 2 de 2 **MALADIES CRHONIQUES**