



**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE –
Centre de gestion des maladies chroniques
Jeanne-Mance**

Télécopieur : 514 362-7913

Courriel : cgmc.jeanne-mance.ccsmtl@sss.gouv.qc.ca

Téléphone : 514 413-8720

Hôpital Notre-Dame, Pavillon Deschamps, aile G
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 4M1

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Expiration	Année Mois
Nom et prénom du parent			
Ind.rég.	N° téléphone	Ind.rég.	N° téléphone
Adresse			
			Code postal
Langue parlée <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais			

Programmes (clientèles et critères de référence au verso)

Risque cardiométabolique		
<input type="checkbox"/> Pré-diabète <input type="checkbox"/> Diabète type 2 <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> TA limite <input type="checkbox"/> Modification des habitudes de vie en 1 ^{re} ligne ¹ <input type="checkbox"/> Autorisation de consultation médicale en 2 ^e ligne pour diabète instable (Diabète PLUS)	A1C Date : PA / Date :	Glycémie à jeun, créatinine sérique, sodium, potassium, bilan lipidique : 0-12-24 mois Rapport alb/créat urinaire : 0-12-24 mois Si usager prédiabétique ou diabétique, ajouter : Hémoglobine glyquée (A1c) : 0-3-6-12-18-24 mois
Santé respiratoire		
<input type="checkbox"/> MPOC <input type="checkbox"/> Programme de modification des habitudes de vie pour la clientèle ambulatoire ayant un diagnostic MPOC par spirométrie <input type="checkbox"/> Spirométrie pré et post administration de salbutamol (200ug) à faire <input type="checkbox"/> Spirométrie réalisée (joindre le résultat)	Spirométrie : 0-12-24 mois	
Lombalgie chronique		
<input type="checkbox"/> Programme lombalgie chronique <input type="checkbox"/> Douleur d'une durée ≥ 3 mois Ce programme vise l'acquisition de la capacité de l'utilisateur à l'autogestion de sa douleur lombaire.		
Centres d'abandon du tabagisme - CAT		
<input type="checkbox"/> Fumeur désirant cesser de fumer, réfléchir sur la cessation tabagique ou ex-fumeur désirant du soutien		

Autres informations complémentaires à la référence aux programmes		
Impression diagnostique et renseignements cliniques		(Joindre rapports ou documents pertinents)
Besoins spéciaux :		
Joindre la liste des médicaments et les résultats de laboratoire pertinents au présent formulaire		ENGAGEMENT DE LA CLIENTÈLE (À faire signer au bureau du médecin ou lors de la 1 ^{ère} visite au centre de gestion des maladies chroniques) J'autorise la transmission de renseignements nécessaires au suivi de ma condition et je m'engage à suivre le programme (individuel/groupe) offert au CIUSSS. Signature du patient Autorisation verbale Date
Signature :		
Nom du médecin/ IPS (en lettre moulées)		
	Date	
Adresse		
Téléphone () -	Télécopieur () -	

Programmes (clientèles et critères de référence)

Risque cardiométabolique (RCM) : programme de modification des habitudes de vie en 1 ^{re} ligne	
Pré-diabète/ diabète	HTA
Suivi médical par le médecin de famille seulement	
Personne avec : <ul style="list-style-type: none"> • Pré-diabète • Diabète type 2 traité avec alimentation seulement • Diabète type 2 traité avec au moins un médicament (avec ou sans insuline) 	Personne avec : <ul style="list-style-type: none"> • PA traitée et maîtrisée • PA en cabinet \geq 140/90 • Si patient diabétique, PA \geq 130/80
Gestion diabète PLUS avec l'autorisation de consultation médicale en 2 ^e ligne	
Évaluation par une équipe interdisciplinaire (incluant médecine interne et pharmacien)	
Personne diabétique de type 2 <ul style="list-style-type: none"> • Présentant un diabète instable ou n'atteignant pas les cibles optimales de traitement • Nécessitant une modification et une réévaluation du traitement (médication orale, insulinothérapie, alimentation, activité physique) Inclus la participation au programme modification des habitudes de vie en 1 ^{re} ligne	
Santé respiratoire (MPOC)	
Personne ayant un diagnostic de MPOC confirmé par spirométrie Critères d'exclusion <ul style="list-style-type: none"> • Personne non ambulatoire • Personne oxygène-dépendante 	Alerte clinique : Évaluation en pneumologie <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes disproportionnés par rapport au degré de l'obstruction sous traitement optimal • Déclin de la fonction respiratoire • Mauvaise réponse au traitement • Exacerbations graves ou répétées de la MPOC • Besoin d'une évaluation en vue d'une oxygénothérapie • Besoin d'une évaluation en vue d'une réadaptation pulmonaire
Lombalgie chronique	
Évaluation par une équipe interdisciplinaire (Physiothérapeute, infirmière et travailleur social) + suivi médical par le médecin de famille	
<ul style="list-style-type: none"> • Clientèle adulte ayant une douleur lombaire non spécifique et non cancéreuse depuis moins d'un an ; • Douleur chronique d'une durée de 3 mois et plus ; • Personne n'ayant pas répondu aux traitements conventionnels Critères d'exclusion <ul style="list-style-type: none"> • Cas relevant de la CSST ou de la SAAQ • Personne présentant des symptômes neurologiques aigus 	
Centres d'abandon du tabagisme - CAT	
<ul style="list-style-type: none"> • Fumeur de cigarettes traditionnelles, produits de vapotage et tout autre produits du tabac ; • Fumeur prêt ou pas prêt à arrêter de fumer ; • Fumeur souhaitant réduire sa consommation de tabac. 	