



DAC001

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE PROGRAMMES MALADIES CHRONIQUES**  
PROGRAMME INTÉGRÉ – MALADIES CHRONIQUES

**Transmettre votre requête :** Accueil centralisé / Centralized Intake  
Télécopieur : 514 380-5515  
Courriel : accueilcentralise.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca  
Téléphone : 514 484-7878 poste 61420

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)**

**Ordonnance médicale individuelle autorisant les examens suivants:**

<b>Risque cardiometabolique</b>	
<p><b>Modification des habitudes de vie en 1re ligne</b> <sup>1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Prédiabète <input type="checkbox"/> Diabète type 2 <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> TA limite</p> <p><input type="checkbox"/> Télédépistage de la rétinopathie diabétique avec dilatation des pupilles et référence en ophtalmologie s'il y a lieu <sup>2,3</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Prévention et soins des lésions du pied (évaluation et référence en 2e ligne et pour appareillage, s'il y a lieu) <sup>2,3</sup></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Autorisation de consultation médicale en 2e ligne, selon les critères de référence (au verso)</b></p>	<p>A1C : Date :</p> <p>PA : / Date :</p> <p>Glycémie à jeun, créatinine sérique, sodium, potassium, bilan lipidique : 0-12-24 mois Rapport alb/créat urinaire : 0-12-24 mois</p> <p><b>Si usager prédiabétique ou diabétique, ajouter :</b> Hémoglobine glyquée (A1c) : 0-3-6-12-18-24 mois</p>
<p><sup>1</sup> Le télédépistage de la rétinopathie et la Prévention et soins des lésions du pied sont inclus dans le programme pour la clientèle diabétique. <sup>2</sup> La clientèle prédiabétique est exclue. <sup>3</sup> Cet usager participera au programme de modification des habitudes de vie.</p>	
<b>Santé cardiovasculaire</b>	
<p><b>Maladie cardiovasculaire</b></p> <p><input type="checkbox"/> Réadaptation cardiaque et modification des habitudes de vie</p> <p>Joindre tous les documents pertinents tel que : antécédents cardiaques, coronographie, fraction d'éjection, résumé Chx ou post-op, etc.</p>	<p>Glycémie à jeun, créatinine sérique, sodium, potassium, bilan lipidique : 0-12-24 mois Rapport alb/créat urinaire : 0-12-24 mois</p> <p><b>Si usager prédiabétique ou diabétique, ajouter :</b> Hémoglobine glyquée (A1c) : 0-3-6-12-18-24 mois Possibilité d'ajustement de médication pendant la réadaptation (insuline) et prélèvement (FSC) si pontage &lt; 6 mois.</p>
<b>Santé respiratoire</b>	
<p><b>MPOC</b></p> <p><input type="checkbox"/> Programme de modification des habitudes de vie pour la clientèle ambulatoire ayant un diagnostic MPOC par spirométrie</p> <p><input type="checkbox"/> Spirométrie pré et post administration de salbutamol (200ug) à faire</p> <p><input type="checkbox"/> Spirométrie réalisée (joindre le résultat)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Autorisation de consultation médicale en 2e ligne, si besoin</b></p>	<p>Spirométrie : 0-12-24 mois</p>
<b>Douleur chronique</b>	
<p><input type="checkbox"/> Programme lombalgie chronique</p> <p><input type="checkbox"/> Premier épisode <input type="checkbox"/> Épisode récurrent ou rechute <input type="checkbox"/> Douleur d'une durée ≥ 3 mois</p>	<p><i>Ce programme vise l'acquisition de la capacité de l'utilisateur à l'autogestion de sa douleur lombaire.</i></p>
<b>Centres d'abandon du tabagisme - CAT</b>	
<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		
<b>Impression diagnostique et renseignements cliniques</b>	<b>(Joindre rapports ou documents pertinents)</b>	
<p><b>Besoins spéciaux :</b></p> <p>Joindre la liste des médicaments et les résultats de laboratoire pertinents au présent formulaire</p>		
Signature :	<p><b>ENGAGEMENT DE LA CLIENTÈLE</b> (À faire signer au bureau du médecin ou lors de la 1ère visite au centre de gestion des maladies chroniques)</p> <p><i>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.</i></p> <p>Signature de l'utilisateur :</p>	
Nom du médecin/ IPS (en lettre moulées)		
N° de permis		Date
Adresse		
Téléphone ( ) -		Télécopieur ( ) -
<p><input type="checkbox"/> Autorisation verbale</p> <p>Date :</p>		

**Programmes (clientèles et critères de référence)**

Risque cardiométabolique (RCM) : programme de modification des habitudes de vie en 1 <sup>er</sup> ligne	
<b>Prédiabète/ diabète</b>	<b>HTA</b>
Suivi médical par le médecin de famille seulement	
<b>Personne avec :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prédiabète</li> <li>• Diabète type 2 traité avec alimentation seulement</li> <li>• Diabète type 2 traité avec au moins un médicament (avec ou sans insuline)</li> </ul>	<b>Personne avec :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PA traitée et maîtrisée</li> <li>• PA en cabinet <math>\geq</math> 140/90</li> <li>• Si patient diabétique, PA <math>\geq</math> 130/80</li> </ul>
Évaluation par le médecin spécialiste + suivi médical par le médecin de famille	
<b>Alerte clinique (si usager instable)</b>	
<b>Diabète</b> Centre de diabète	<b>HTA</b> Évaluation en clinique spécialisée
<b>Personne diabétique de type 1</b> <b>Personne diabétique de type 2</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentant un diabète instable ou n'atteignant pas les cibles optimales de traitement</li> <li>• Nécessitant une modification et une réévaluation du traitement (médication orale, insulinothérapie, alimentation, activité physique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA non maîtrisée et traitée avec au moins 3 médicaments antihypertenseurs à doses optimales</li> <li>• HTA non maîtrisée chez un usager atteint de MCAS</li> <li>• Hypokaliémie inexpiquée</li> <li>• Détérioration de la fonction rénale</li> <li>• Présence d'un souffle abdominal ou d'une sténose de l'artère rénale</li> <li>• Protéinurie</li> <li>• Effets indésirables liés à la médication</li> </ul>
<b>Santé cardiovasculaire</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angor clinique stable</li> <li>• s/p syndrome coronarien aigu/ infarctus du myocarde</li> <li>• Maladie coronarienne confirmée par ECG à l'effort (+), MIBI Persantin ou à l'effort (+), échocardiographie à l'effort (+) ou coronarographie (+) avec lésions &gt; 50%</li> <li>• s/p angioplastie coronarienne</li> <li>• s/p chirurgie de revascularisation coronarienne</li> </ul>	
<b>Santé respiratoire (MPOC)</b>	
Personne ayant un diagnostic de MPOC confirmé par spirométrie <b>Critères d'exclusion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne non ambulatoire</li> <li>• Personne oxygène-dépendante</li> </ul>	<b>Alerte clinique : Évaluation en pneumologie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes disproportionnés par rapport au degré de l'obstruction sous traitement optimal</li> <li>• Déclin de la fonction respiratoire</li> <li>• Mauvaise réponse au traitement</li> <li>• Exacerbations graves ou répétées de la MPOC</li> <li>• Besoin d'une évaluation en vue d'une oxygénothérapie</li> <li>• Besoin d'une évaluation en vue d'une réadaptation pulmonaire</li> </ul>
<b>Douleur chronique : Lombaire</b>	
<b>Évaluation par une équipe interdisciplinaire (Physiothérapeute, infirmière et travailleur social) + suivi médical par le médecin de famille</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clientèle adulte ayant une douleur lombaire non spécifique et non cancéreuse depuis moins d'un an ;</li> <li>• Douleur chronique d'une durée de 3 mois et plus ;</li> <li>• Personne n'ayant pas répondu aux traitements conventionnels.</li> </ul> <b>Critères d'exclusion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cas relevant de la CSST ou de la SAAQ</li> <li>• Personne présentant des symptômes neurologiques aigus</li> </ul>	
<b>Centres d'abandon du tabagisme - CAT</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fumeur de cigarettes traditionnelles, produits de vapotage et tout autre produits du tabac ;</li> <li>• Fumeur prêt ou pas prêt à arrêter de fumer ;</li> <li>• Fumeur souhaitant réduire sa consommation de tabac.</li> </ul>	