



\*DAC001\* V7

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE AUX PROGRAMMES DE MALADIES CHRONIQUES**

No de chambre		No de dossier	
Nom			
Prénom			
Date de naissance	No Assurance maladie	Sexe	Expiration
Début d'épisode	Installation	Md Traitant	

**Transmettre votre requête au CLSC Verdun**

Télécopieur : 514-732-5109

Téléphone : 514-732-5110

 Français

Téléphone : \_\_\_\_\_

 Anglais

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Programmes** (clientèles et critères de référence au verso)**Ordonnance médicale individuelle autorisant les examens suivants :****1 Risque cardiométabolique** Prédiabète  HTA Diabète  Type 1 Type 2 **Autorisation de consultation médicale en 2e ligne si besoin**

A1C

Date

PA

Date

Glycémie à jeun, créatinine sérique, sodium, potassium

Bilan lipidique : 0-12-24 mois

Rapport albumine/créatinine urinaire : 0-12-24 mois

**Si patient prédiabétique ou diabétique, ajouter :**

Hémoglobine glyquée (A1c):0-3-6-12-18-24 mois et

9 et 15 mois au besoin

**2 Santé respiratoire** MPOC  Asthme

Repérage et programme de modification des habitudes de vie

 Spirométrie pré et post administration de salbutamol (200 µg) à faire Spirométrie réalisée valide (<1 an) : **Joindre résultat** ainsi que celui de la provocation à la méthacholine ou bilan de base si fait **Autorisation de consultation médicale en 2e ligne si besoin****Spirométrie 0-12-24 mois +/-**

MPOC: test de détection du CO expiré PRN

Asthme : Bilan de Base + provocation à la méthacholine selon évaluation du pneumologue.

**3 Santé osseuse**

Programme de modification des habitudes de vie

1) Fracture de fragilisation au site suivant :

 Bassin  Hanche  Humérus proximal Poignet  Vertèbre dorso-lombaire

Date de la fracture \_\_\_\_\_

2)  Ostéoporose sans fracture **Autorisation de consultation médicale en 2e ligne si besoin**

Ordonnance collective pour fracture de fragilisation:

Densité minérale osseuse si non réalisée au cours des 12 derniers mois

FSC, créatinine sérique, calcium ionisé, phosphatase alcaline et TSH.

Si fracture vertébrale, électrophorèse des protéines

Biphosphonates, calcium et vit. D

**4 Douleur chronique****Lombalgie chronique (durée ≥ 3 mois)** Premier épisode  Épisode récurrent ou rechute**Information complémentaire****Consultation en deuxième ligne**Selon critères de référence (au verso):  Diabète  HTA  MPOC/ Asthme  Ostéoporose/ Fx Fragilisation

Renseignements cliniques obligatoires: \_\_\_\_\_

**PARTICULARITÉS :**

JOINDRE LA LISTE DES MÉDICAMENTS ET LES RÉSULTATS DE LABORATOIRE PERTINENTS AU PRÉSENT FORMULAIRE

Signature:

Nom du médecin:

N° de permis:

Date:

Adresse:

Téléphone: ( ) -

Télécopieur: ( ) -

**ENGAGEMENT DE LA CLIENTÈLE**

(à faire signer au bureau du médecin ou lors de la première visite au Centre d'enseignement du CCSMTL ou au Centre de jour)

J'autorise la transmission de renseignements nécessaires au suivi de ma condition et je m'engage à suivre le programme (individuel/groupe) offert au CCSMTL

Signature du patient:

Date:

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



Nom de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ No de Dossier : \_\_\_\_\_

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

Prédiabète/diabète	HTA
<b>Risque cardiométabolique : programme de modification des habitudes de vie en 1<sup>re</sup> ligne</b>	
<b>SUIVI MÉDICAL PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE SEULEMENT</b>	
<b>Personne avec :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prédiabète</li> <li>• Diabète traité avec alimentation seulement</li> <li>• Diabète traité avec au moins un médicament (avec ou sans insuline) et A1c &lt; ou = 0,08 (8 %)*</li> </ul>	<b>Personne avec :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PA traitée et maîtrisée</li> <li>• PA en cabinet &gt; 140/90</li> <li>- Si patient diabétique, PA &gt; 130/80</li> </ul>

Diabète	HTA
<b>Stage de diabète</b>	<b>Évaluation en deuxième ligne</b>
<b>ÉVALUATION PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE + SUIVI MÉDICAL PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE</b>	
<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 patient atteint de MCAS</li> <li>• Hypokaliémie inexpliquée</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>

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

<b>SANTÉ RESPIRATOIRE (MPOC et Asthme)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirométrie pour dx MPOC ou asthme (≥ 16 ans)</li> <li>• Personne ayant un diagnostic de MPOC confirmé par spirométrie ou d'asthme confirmé par spirométrie +/- test méthacholine</li> </ul>	<b>ÉVALUATION EN PNEUMOLOGIE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes disproportionnés par rapport au degré de sévérité sous traitement optimal</li> <li>• Diagnostic d'asthme présumé ou confirmé</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>Santé osseuse</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne âgée de plus de 50 ans, présentant une fracture de fragilisation aux sites suivants : bassin, hanche, humérus proximal, poignet ou vertèbre dorso-lombaire</li> <li>• Ostéoporose sans fracture</li> </ul>	<b>ÉVALUATION EN DEUXIÈME LIGNE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracture de fragilisation sous traitement pharmacologique anti-ostéoporotique</li> <li>• Fracture de fragilisation et présence d'une insuffisance rénale chronique (IRC)</li> <li>• Personne ne tolérant pas les bisphosphonates</li> </ul>

<b>Douleur chronique: Lombalgie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne âgée de 18 à 75 ans ayant une douleur lombaire non spécifique, d'une durée de 3 mois ou plus</li> <li>• Personne n'ayant pas répondu aux traitements conventionnels</li> <li>• CRITÈRES D'EXCLUSION: cas relevant de la CSST ou de la SAAQ.</li> </ul>