



DAC001

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

Télécopieur : 514 362-7913

Courriel : cgmc.jeanne-mance.ccsmtl@ssss.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)**

<b>Risque cardiométabolique</b>		
<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 <sup>re</sup> ligne <sup>1</sup>  <input type="checkbox"/> Autorisation de consultation médicale en 2 <sup>e</sup> ligne <b>pour diabète instable (Diabète PLUS)</b>	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  <b>Si usager prédiabétique ou diabétique, ajouter :</b> Hémoglobine glyquée (A1c) : 0-3-6-12-18-24 mois
<b>Santé respiratoire</b>		
<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	
<b>Lombalgie chronique</b>		
<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.		
<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		

<b>Autres informations complémentaires à la référence aux programmes</b>		
<b>Impression diagnostique et renseignements cliniques</b>		<b>(Joindre rapports ou documents pertinents)</b>
<b>Besoins spéciaux :</b>		
Joindre la liste des médicaments et les résultats de laboratoire pertinents au présent formulaire		<b>ENGAGEMENT DE LA CLIENTÈLE</b> (À faire signer au bureau du médecin ou lors de la 1 <sup>ère</sup> 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 <sup>re</sup> ligne	
<b>Pré-diabète/ diabète</b>	<b>HTA</b>
Suivi médical par le médecin de famille seulement	
<b>Personne avec :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pré-diabète</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>
<b>Gestion diabète PLUS</b> avec l'autorisation de consultation médicale en 2 <sup>e</sup> ligne	
Évaluation par une équipe interdisciplinaire (incluant médecine interne et pharmacien)	
<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> Inclus la participation au programme modification des habitudes de vie en 1 <sup>re</sup> ligne	
<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>Lombalgie chronique</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>	