

Guichet d'accès montréalais à la réadaptation pulmonaire
Formulaire de référence
Réadaptation pulmonaire externe, incluant services ambulatoires et télé-réadaptation pulmonaire

Nom		
Prénom		
Adresse		
No téléphone		Code Postal
DDN	NAM	Exp.
Classification :		No dossier

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Diagnostic menant à la référence (objectivé par imagerie, test de fonction respiratoire ou spirométrie anormale)
Joindre à cette demande : Spirométrie si < 5 ans **et** un ECG si < 1 an. (OBLIGATOIRE : si problématique, contactez le guichet)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> MPOC | <input type="checkbox"/> Atteinte pulmonaire persistante post-COVID |
| <input type="checkbox"/> Bronchiectasies | <input type="checkbox"/> Pré /post Greffe pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladie diaphragmatique avec atteinte restrictive |
| <input type="checkbox"/> Fibrose pulmonaire | <input type="checkbox"/> Dyspnée persistante post chirurgie thoracique |
| <input type="checkbox"/> Hypertension Pulmonaire | |

Autres / Précisions /

Résultats : _____

OBLIGATOIRE

CAT : ____/40 **ou CRMm :** ____/4 (**Questionnaires au verso**)

CAT ≥ 10 ou CRMm de ≥ 2 seront priorisés dans les programmes de réadaptation pulmonaire montréalais.

Si en deçà de ces valeurs :

- Usager avec MPOC : la demande sera redirigée d'emblée vers le programme de maladie chronique de première ligne du territoire par le guichet régional de réadaptation pulmonaire montréalais-
- Usager non MPOC : Veuillez référer directement au CRDS en pneumologie au besoin.

Exacerbation pulmonaire sévère (ayant nécessité une hospitalisation) dans les derniers 3 mois.

Autres conditions médicales pertinentes :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oxygénodépendant | <input type="checkbox"/> Trouble/douleur musculo-squelettique |
| <input type="checkbox"/> Ischémie cardiaque | <input type="checkbox"/> Cachexie, malnutrition, perte de poids involontaire |
| <input type="checkbox"/> Arythmies cardiaques | <input type="checkbox"/> Symptômes dépressifs / anxiété |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Troubles du métabolisme (diabète) |
| <input type="checkbox"/> Cancer du poumon | |

Autres conditions médicales

pertinentes/Précisions: _____

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Priorisation / Orientation	Référent
Remplir par le référent	
Usager connu d'un pneumologue ? (Nom /lieu de pratique)	Signature
Usager connu de la première ligne (Si oui, nom du CIUSSS)	Nom du référent (en lettre moulées)

Md traitant	No de permis	No de permis
Priorité <input type="checkbox"/> <3 mois, <input type="checkbox"/> 3-6 mois, <input type="checkbox"/> > 6 mois	Adresse	
Limitation particulière en lien avec choix de site (facultatif):	Téléphone principal	Numéro de fax

COPD Assessment Test (CAT) - OBLIGATOIRE

Pour chaque énoncé ci-dessous, veuillez cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez en ce moment. Veuillez à ne choisir qu'une seule réponse pour chaque question.

Exemple : Je suis très heureux (euse)	① ② ③ ④ ⑤	Je suis très triste.	Score
Je ne tousse jamais	① ② ③ ④ ⑤	Je tousse tout le temps	
Je n'ai pas du tout de sécrétions bronchiques dans mes poumons	① ② ③ ④ ⑤	J'ai les poumons complètement encombrés de sécrétions bronchiques	
Je ne ressens aucune oppression respiratoire	① ② ③ ④ ⑤	Je ressens une forte oppression respiratoire	
Je ne suis pas essoufflé(e) quand je monte une côte/pente ou un étage	① ② ③ ④ ⑤	Je suis essoufflé(e) quand je monte une côte/pente ou un étage	
Je ne suis pas limité(e) dans l'accomplissement de mes activités domestiques	① ② ③ ④ ⑤	Je suis très limité(e) dans l'accomplissement de mes activités domestiques	
Je ne suis pas inquiet(e) quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires	① ② ③ ④ ⑤	Je ne suis très inquiet(e) quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires	
Je dors bien	① ② ③ ④ ⑤	Je ne dors pas bien à cause des mes problèmes pulmonaires	
J'ai beaucoup d'énergie	① ② ③ ④ ⑤	Je n'ai pas d'énergie du tout	
Le COPD Assessment Test est une marque commerciale du groupe de sociétés GlaxoSmithKline.			Score Total /40

CRMm- OBLIGATOIRE

Je ne m'essouffle pas, sauf en cas d'effort vigoureux	0
Je manque de souffle lorsque je marche rapidement sur une surface plane ou que je monte une pente légère.	1
Je marche plus lentement que les gens du même âge sur une surface plane parce que je manque de souffle ou je m'arrête pour reprendre mon souffle lorsque je marche à mon rythme sur une surface plane.	2
Je m'arrête pour reprendre mon souffle après avoir marché environ 100 verges (91 mètres) ou après avoir marché quelques minutes sur une surface plane.	3
Je suis trop essoufflé pour quitter la maison ou m'essouffle lorsque je m'habille ou me déshabille.	4

Avez-vous parlé de la réadaptation pulmonaire avec l'utilisateur OUI NON (suggestions plus bas)

Parler de la réadaptation pulmonaire avec les usagers (Suggestions/Mots clés)

<p>Parler des avantages du programme plutôt que de décrire le contenu.</p> <ul style="list-style-type: none">• Améliore le sentiment de bien-être,• Améliore l'autonomie,• Diminue l'essoufflement,• Diminue les hospitalisations en nombre et en durée,• Brise l'isolement.	<p>La réadaptation c'est :</p> <ul style="list-style-type: none">• Gratuit,• Sécuritaire,• Adapté à l'utilisateur,• Il n'y a pas d'âge pour débuter,• Pas besoin d'être en forme.	<p>L'équipe interdisciplinaire du programme</p> <ul style="list-style-type: none">• Validera la sécurité• Ajustera l'intensité selon une évaluation préliminaire des conditions de l'utilisateur.
<p>Si vous doutez de l'éligibilité / sécurité de l'utilisateur. (pas assez malade / trop malade) Référez quand même.</p>		
<p>Envoyez avec les documents à joindre au guichet régional de réadaptation pulmonaire de Montréal : guichet.readap.pulmon.ambul.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca</p>		