

Fiche de référence

PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

www.csss-iugs.ca

TÉLÉCOPIEUR : 819 563-1605

dossier : _____ Date de naissance : _____

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. Rés. : _____ Tél. Travail. : _____

Tél. Urg : _____

RÉFÉRÉ À

- Programme 0-5-30 (alimentation, activité physique, tabac)
- Centre d'arrêt du tabac (CAT)
- Diabète
 - Dysglycémie
 - Diabète type II
- MPOC
- Réadaptation cardiaque *
- Groupe de marche

RAISON DE LA RÉFÉRENCE : _____

MÉDECIN DE FAMILLE : _____

SUIVI EN GMF : NON OUI ; Nom de l'infirmière : _____

MÉDECIN SPÉCIALISTE : _____

DIAGNOSTICS PRINCIPAUX (dates) :

* Lors d'une référence au programme de réadaptation cardiaque, un tapis d'effort sera réalisé par un cardiologue en vue d'établir la stratification du risque à l'effort et ainsi le lieu où sera suivi le programme (CSSS-IUGS ou CHUS).

S.V.P. JOINDRE UNE COPIE DES DERNIERS LABOS ET/OU EXAMENS D'IMAGERIE PERTINENTS AU SUIVI SI DISPONIBLE

Nom du référant : _____

Profession : _____

Lieu de pratique (clinique médicale, établissement, etc.) _____

Signature : _____

Tél. 819

Date : _____

Fax :