



B A 0 0 2

☐ Double identité vérifiée

Date de naissance			N° de dossier
Année	Mois	Jour	
N° d'assurance maladie			
Nom à la naissance			Prénom
Adresse			
Ville	Code postal	N° de téléphone	
Nom de la mère			Prénom de la mère
Nom du père			Prénom du père

INSTALLATION (RLS d'appartenance) : _____

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

PROGRAMME AGIR SUR SA SANTÉ (ASSSÉ)

Prévention et gestion des maladies chroniques
cardio-métabolique

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Cellulaire : _____

Courriel : _____

Code de priorité (réservé professionnel ASSSÉ) ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

N.B. Si la demande est pour un suivi en **cessation tabagique**, référer à la santé publique à :
infdspushv.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Nom du médecin de famille ou IPSPL¹ : _____

GMF : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans médecin de famille

Médecin spécialiste traitant : _____

DIAGNOSTIC(S) VALEUR LA PLUS RÉCENTE

☐ Diabète type 2* :	HbA1C (hémoglobine glyquée):	_____
☐ Prédiabète :	HbA1C (hémoglobine glyquée):	_____
☐ Dyslipidémie :	LDL (lipoprotéine de basse densité):	_____
☐ Hypertension artérielle :	TA (tension artérielle):	_____
☐ Obésité :	IMC (indice de masse corporelle) :	_____
☐ Asthme :	VEMS (volume expiratoire maximal par seconde) :	_____
☐ MPOC :	VEMS (volume expiratoire maximal par seconde) :	_____
☐ Maladie cardiaque ou vasculaire athérosclérotique		

Facteur(s) de risque : _____

Autre(s) information(s) pertinente(s) : _____

*Sous hypoglycémiant et/ou avec une seule insuline

CRITÈRES D'AMMISSION GÉNÉRAUX (doivent tous être présents) :

- L'utilisateur consent au référencement ET démontre une volonté de s'impliquer dans l'autogestion de sa maladie;
- Usager du territoire du CIUSSS de l'Estrie-CHUS;
- Être âgé de plus de 18 ans;
- Clientèle ambulatoire (capacités physiques favorables aux déplacements) sauf pour les ateliers éducatifs (en virtuel);
- Capacités cognitives et psychologiques favorables à l'autogestion (peut être accompagné par le proche aidant).

¹ Infirmière praticienne spécialisée de première ligne

SERVICES OFFERTS	
Enseignement/Prévention	
☐ Ateliers d'enseignement Exercices physiques, nutrition, diabète, asthme, MPOC, stress, sommeil, mieux vivre avec ma santé actuelle. ★ Un suivi individualisé par un professionnel peut être offert après les ateliers, si requis.	
Réadaptation	
☐ Réadaptation cardiovasculaire : - Exercices en gymnase supervisés (12 semaines) ☐ Réadaptation pulmonaire : - Exercices en gymnase supervisés (12 semaines)	
Suivi inhalothérapeute : Clientèle pulmonaire	
☐ Asthme : joindre le plan d'action ☐ MPOC : joindre le plan d'action	
Suivi infirmier : Clientèle sans médecin de famille	
Diagnostic : ☐ Diabète de type 2 ☐ Hypertension artérielle ☐ Dyslipidémie	Type de suivi désiré : ☐ Suivi infirmier et ajustement de la médication selon protocole médical national et ordonnance individuelle ajustement (OIA)* <i>Légalement il est obligatoire de joindre l'OIA qui précisent le(s) molécule(s) et la cible thérapeutique. Au besoin, le professionnel ou la personne habilitée interpelle le prescripteur qui a rédigé l'OIA</i>
Autogestion de la douleur	
☐ Ateliers d'enseignement <u>Critères d'admission</u> : Usager ayant une douleur persistante non oncologique depuis plus de 3 mois. <u>Référence</u> : Physiothérapeute ou médecin. ★ Aucun suivi individuel en lien avec la douleur persistante ne sera effectué.	
Acheminer la requête par courriel ou par télécopieur: programmeassse.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca	
☐ RLS de Sherbrooke 819-565-1887 ☐ RLS du Val-St-François 819-845-2084 ☐ RLS du Haut-St-François 819-875-1808 ☐ RLS des Sources 819-879-7345 ☐ RLS du Granit 819-583-5364	☐ RLS de Coaticook 819-849-6734 ☐ RLS de La Pommeraie 450-534-2489 ☐ RLS de la Haute-Yamaska 450-534-2489 ☐ RLS de Memphrémagog 819-868-3248
<u>Si la pathologie de l'utilisateur nécessite une prise en charge urgente, celui-ci doit être dirigé vers un service offrant un rendez-vous en moins de 72 heures.</u>	
Signature du référent	Nom en caractère d'imprimerie
Date	