



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

- | | | |
|--|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Diabète type 2* : | HbA1C (hémoglobine glyquée): | _____ |
| <input type="checkbox"/> Prédiabète : | HbA1C (hémoglobine glyquée): | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dyslipidémie : | LDL (lipoprotéine de basse densité): | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle : | TA (tension artérielle): | _____ |
| <input type="checkbox"/> Obésité : | IMC (indice de masse corporelle) : | _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthme : | VEMS (volume expiratoire maximal par seconde) : | _____ |
| <input type="checkbox"/> MPOC : | VEMS (volume expiratoire maximal par seconde) : | _____ |
| <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Ateliers d'enseignement <ul style="list-style-type: none"> 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	
<input type="checkbox"/> Réadaptation cardiovasculaire : <ul style="list-style-type: none"> Exercices en gymnase supervisés (12 semaines) <input type="checkbox"/> Réadaptation pulmonaire : <ul style="list-style-type: none"> Exercices en gymnase supervisés (12 semaines) 	
Suivi inhalothérapeute : Clientèle pulmonaire	
<input type="checkbox"/> Asthme : joindre le plan d'action <input type="checkbox"/> MPOC : joindre le plan d'action	
Suivi infirmier : Clientèle sans médecin de famille	
Diagnostic : <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Dyslipidémie	Type de suivi désiré : <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Ateliers d'enseignement Critères d'admission : Usager ayant une douleur persistante non oncologique depuis plus de 3 mois. Référence : Physiothérapeute ou médecin. ★ <i>Aucun suivi individuel en lien avec la douleur persistante ne sera effectué.</i>	
Acheminer la requête par courriel ou par télécopieur: programmeasse.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca	
<input type="checkbox"/> RLS de Sherbrooke 819-565-1887	<input type="checkbox"/> RLS de Coaticook 819-849-6734
<input type="checkbox"/> RLS du Val-St-François 819-845-2084	<input type="checkbox"/> RLS de La Pommeraie 450-534-2489
<input type="checkbox"/> RLS du Haut-St-François 819-875-1808	<input type="checkbox"/> RLS de la Haute-Yamaska 450-534-2489
<input type="checkbox"/> RLS des Sources 819-879-7345	<input type="checkbox"/> RLS de Memphrémagog 819-868-3248
<input type="checkbox"/> RLS du Granit 819-583-5364	
<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	