



MR60742

Identification de l'utilisateur

Dossier : _____
 Nom : _____
 Prénom : _____
 D.D.N. : _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

**RÉFÉRENCE MALADIES CHRONIQUES ET
PRÉVENTION DES CHUTES**

RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS) DE TROIS-RIVIÈRES Accueil santé Téléphone : 819 370-2200, poste 42150 Télécopieur : 819 373-7726 Centres multiservices de santé et de services sociaux Saint-Joseph et Cloutier, Service de première ligne		
PROGRAMMES OFFERTS	CRITÈRES DE RÉFÉRENCE	SUIVI INDIVIDUEL
<input type="checkbox"/> Programme Ma santé à vie 2 rencontres de groupe OU visionnement de capsules	<input type="checkbox"/> Embonpoint/Obésité <input type="checkbox"/> Prédiabète <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique <input type="checkbox"/> Syndrome métabolique <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Dyslipidémie	Accès à un suivi individuel avec nutritionniste, kinésologue et infirmière au besoin, lorsque le cours de groupe est terminé. Offerts à l'utilisateur sans médecin de famille : <input type="checkbox"/> Ajustement de médication antihypertensive selon OC-08-006 Remplir OPI-08-003 OBLIGATOIRE <input type="checkbox"/> Ajustement de médication hypolipémiante selon OC-08-004 Remplir OPI-08-001 OBLIGATOIRE
<input type="checkbox"/> Programme de prévention secondaire	<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Ischémie cérébrale transitoire <input type="checkbox"/> Infarctus aigu du myocarde	_____ _____
<input type="checkbox"/> Service aux personnes diabétiques 4 rencontres de groupe OU visionnement de capsules <i>Le diagnostic doit être connu de l'utilisateur.</i>	<input type="checkbox"/> Diabète type II connu <input type="checkbox"/> Diabète type II de novo Référer en deuxième ligne : <ul style="list-style-type: none"> • Diabète de type I • Femme enceinte 	<input type="checkbox"/> Initiation à l'insuline <input type="checkbox"/> Hypoglycémies fréquentes <input type="checkbox"/> Débalancement récent des glycémies <input type="checkbox"/> Ajustement médication hypoglycémiante selon OC-08-005 Remplir OPI-08-002 OBLIGATOIRE
<input type="checkbox"/> Clinique de maladies pulmonaires MPOC/Asthme Spirométrie Centre d'enseignement <i>Le diagnostic doit être connu de l'utilisateur.</i>	<input type="checkbox"/> Spirométrie Raison : _____ <input type="checkbox"/> Asthme (12 ans et plus) <input type="checkbox"/> MPOC Référer en pneumologie : <ul style="list-style-type: none"> • 40 ans et moins • non-fumeurs ou anciens fumeurs 	Tous les usagers sont suivis en individuel Particularités : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Priorisation demandée par le médecin <input type="checkbox"/> Exacerbation MPOC/Asthme <input type="checkbox"/> Enseignement inhalateurs/compresseurs <input type="checkbox"/> Plan d'action en cours d'utilisation <input type="checkbox"/> Plan d'action terminé sans amélioration de l'état pulmonaire
Signature du référent : _____		Date : _____ AAAA-MM-JJ
Titre d'emploi : _____		N° de permis : _____ <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille
Médecin traitant : _____		Clinique médicale : _____
<input type="checkbox"/> Je souhaite recevoir une confirmation de la participation ou du refus de l'utilisateur au(x) service(s) référé(s).		

Nom :

Prénom :

N° dossier :

PRÉVENTION DES CHUTES

Accueil santé

Téléphone : 819 370-2200, poste 42150

Télécopieur : 819 373-7726

PROGRAMMES OFFERTS	CRITÈRES DE RÉFÉRENCE
<input type="checkbox"/> Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) Programme d'une durée de 12 semaines incluant : <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation pré et post programme • Exercices en groupe deux fois par semaine • Programme d'exercices à faire à domicile • Capsule d'information sur la prévention des chutes <p><i>Programme offert en communauté par la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle</i></p>	1 critère ou plus parmi les suivants : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Usager âgé de 60 ans et plus <input type="checkbox"/> À risque de chute <input type="checkbox"/> Ayant une préoccupation à l'égard de son équilibre Exclusions : <ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'un auxiliaire de marche en permanence • Perte d'autonomie • Chutes à répétition • Déficit cognitif
<input type="checkbox"/> Interventions multifactorielles personnalisées (IMP) Programme d'une durée de 12 à 18 mois permettant d'améliorer et de maintenir l'autonomie des aînés à domicile incluant : <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage des facteurs de risque de chute • Évaluation de la capacité motrice, de l'environnement, de la gestion de la médication et autres aspects • Mise en place d'un plan d'intervention • Réévaluation et suivi aux 6 mois <p><i>Offert au domicile de l'usager par les intervenants du Programme soutien à l'autonomie de la personne âgée</i></p>	1 critère ou plus parmi les suivants : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Usager âgé de 65 ans et plus <input type="checkbox"/> Présentant une perte d'autonomie <input type="checkbox"/> Histoire antérieure de chutes <input type="checkbox"/> Vivant à domicile Exclusions : <ul style="list-style-type: none"> • Déficit cognitif significatif • Soins palliatifs et de fin de vie

Signature du référent : _____ Date : _____

AAAA-MM-JJ

Titre d'emploi : _____ N° de permis : _____ Usager sans médecin de famille

Médecin traitant : _____ Clinique médicale : _____

 Je souhaite recevoir une confirmation de la participation ou du refus de l'usager au(x) service(s) référé(s).

Pour information complémentaire, consulter le *Guide du référent* du programme de prévention et gestion intégrée en maladies chroniques via le site Internet www.ciusssmcq.ca

<http://ciusssmcq.ca/abreviationfeuillesommaire>