



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 IPSPL<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

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).

<sup>1</sup> Infirmière praticienne spécialisée de première ligne

SERVICES OFFERTS		
<b>Enseignement/Prévention</b>		
<input type="checkbox"/> Ateliers d'enseignement <ul style="list-style-type: none"> <li>Exercices physiques, nutrition, diabète, asthme, MPOC, stress, sommeil, mieux vivre avec ma santé actuelle.</li> </ul> <i>★ Un suivi individualisé par un professionnel peut être offert après les ateliers, si requis.</i>		
<b>Réadaptation</b>		
<input type="checkbox"/> Réadaptation cardiovasculaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>Exercices en gymnase supervisés (12 semaines)</li> </ul> <input type="checkbox"/> Réadaptation pulmonaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>Exercices en gymnase supervisés (12 semaines)</li> </ul>		
<b>Suivi inhalothérapeute : Clientèle pulmonaire</b>		
<input type="checkbox"/> Asthme : joindre le plan d'action <input type="checkbox"/> MPOC : joindre le plan d'action		
<b>Suivi infirmier : Clientèle sans médecin de famille</b>		
<b>Diagnostic :</b> <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 <input type="checkbox"/> Prédiabète <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Dyslipidémie	<b>Type de suivi désiré :</b> <input type="checkbox"/> Suivi sans ajustement de médication <input type="checkbox"/> Suivi et ajustement selon protocole médical national et ordonnance individuelle ajustement (OIA)* <input type="checkbox"/> Suivi et ajustement selon ordonnance individuelle* <i>★ Il est essentiel de joindre l'ordonnance individuelle ou l'OIA qui préciseront le(s) molécule(s) et la cible thérapeutique.</i>	
<b>Autogestion de la douleur</b>		
<input type="checkbox"/> 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. <i>★ Aucun suivi individuel en lien avec la douleur persistante ne sera effectué.</i>		
<b>Acheminer la requête par courriel ou par télécopieur:</b> <a href="mailto:programmeassse.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca">programmeassse.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca</a>		
<input type="checkbox"/> RLS de Sherbrooke      819-565-1887 <input type="checkbox"/> RLS du Val-St-François      819-845-2084 <input type="checkbox"/> RLS du Haut-St-François      819-875-1808 <input type="checkbox"/> RLS des Sources      819-879-7345 <input type="checkbox"/> RLS du Granit      819-583-5364	<input type="checkbox"/> RLS de Coaticook      819-849-6734 <input type="checkbox"/> RLS de La Pommeraie      450-534-2489 <input type="checkbox"/> RLS de la Haute-Yamaska      450-534-2489 <input type="checkbox"/> RLS de Memphrémagog      819-868-3248	
<b><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></b>		
Signature du référent	Nom en caractère d'imprimerie	Date