

Formulaire d'inscription à télécopier au : 450 978-8392

Nom, prénom :	
Adresse :	Code postal :
DDN :	N.A.M. :
Téléphone :	Cellulaire :

- Critères d'admissibilité :**
- ✓ Être référé par un professionnel de la santé
 - ✓ Résider, travailler/étudier à Laval ou être suivi par un médecin lavallois
 - ✓ Être âgé de 18 ans ou plus
 - ✓ Comprendre le français pour les rencontres de groupe

Cocher (✓) le service ou le motif de référence parmi les choix suivants :

Groupe	Groupe	Individuel
Ateliers prévention Ensemble des notions sur les saines habitudes de vie en lien avec les facteurs de risque et les maladies chroniques/cardiométaboliques <input type="checkbox"/> 3 rencontres de groupe (nutrition, stress, autogestion, tabac, activité physique) <ul style="list-style-type: none"> • Suivi individuel post ateliers, accompagnement vers l'atteinte d'un objectif personnel 	Ateliers éducatifs Notions détaillées sur la gestion des maladies chroniques/cardiométaboliques et/ou des facteurs de risque <input type="checkbox"/> Diabète : 4 rencontres * Exclusion : Pré-diabète (choisir Ateliers prévention) <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle : 3 rencontres * <input type="checkbox"/> Dyslipidémie : 3 rencontres * * Suivi individuel offert post ateliers, en nutrition	Suivis cliniques Plan de traitement individuel par une nutritionniste : <input type="checkbox"/> Diabète Exclusion : Pré-diabète (choisir Ateliers prévention) <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Maladies vasculaires périphériques

Centre d'abandon du tabagisme (CAT)

- Individuel Groupe Respire-Action : 6 rencontres

Médecin traitant :	Clinique :	Tél. :
Référant (si autre que médecin) :	Clinique :	Tél. :
Signature du référant :		Date :

Section réservée au centre de rendez-vous Date(s) du rendez-vous : _____ Nom de l'intervenant ou du groupe : _____ Site : <input type="checkbox"/> CARL <input type="checkbox"/> RO Autre : _____	Date des messages 1. _____ 2. _____ 3. _____	<input type="checkbox"/> Refus le : _____ <input type="checkbox"/> Non rejoint (3 messages)
Section réservée à l'équipe Cible Santé Signature de la personne autorisée : _____ Date : _____		

Pour questions, contacter l'agente administrative de l'équipe : 450 978-8300, option 1, poste 13169

ATELIERS PRÉVENTION : MOTIFS DE RÉFÉRENCE

- Pré-diabète
- Diabète
- Tension artérielle anormalement élevée (TA 130-139 / 85-89)
- Hypertension artérielle
- Dyslipidémie
- Syndrome métabolique
- Insuffisance cardiaque
- Maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS)
- Insuffisance rénale
- Accident ischémique transitoire (AIT)
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Maladies vasculaires périphériques

ATELIERS ÉDUCATIFS ET SUIVIS CLINIQUES : PRÉCISIONS SUR L'ADMISSIBILITÉ

- | | |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diabète | <ul style="list-style-type: none">• Usager diabétique avec A1C < 9 %• Diabète type 2 avec contrôle adéquat traité avec médication orale, insuline ou alimentation• Diabète type 2 de novo• Amorce de l'insulinothérapie - glycémie répondant bien à l'ajustement• EXCLUSION : Pré-diabète |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- | | |
|-----|---------------------------------------------------------------|
| HTA | <ul style="list-style-type: none">• TA ≥ 140/90 |
|-----|---------------------------------------------------------------|

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Maladies vasculaires périphériques | <p>Ischémie des artères des membres inférieurs causée principalement par l'athérosclérose, dont les manifestations principales sont la douleur et la claudication.</p> <ul style="list-style-type: none">• Indice Tibio brachial ≤ 0.9 |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

INDIVIDUEL Suivis cliniques—nutritionniste

Élaborer et mettre en œuvre un plan de traitement nutritionnel pour améliorer le contrôle d'un problème de santé (diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, maladies vasculaires périphériques).

Note : exclusion Pré-diabète (choisir Ateliers prévention)

- Annexer les analyses sanguines récentes si effectuées à l'extérieur du CISSSL.

CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME (CAT) : PRÉCISIONS SUR L'ADMISSIBILITÉ

Accompagner une personne qui désire agir sur sa dépendance à la nicotine (cesser ou diminuer sa consommation, prévenir une rechute, aider à surmonter ses symptômes de sevrage).

Admissibilité : tout âge