

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

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

Critères d'admissibilité :

- ✓ 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 :

Centre d'abandon du tabagisme (CAT)

Individuel Groupe Respire-Action : 6 rencontres

Nutrition clinique individuelle

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

<input type="checkbox"/> Allergie/intolérance alimentaire, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Calculs biliaires <input type="checkbox"/> Cirrhose <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse <input type="checkbox"/> Dénutrition, maigre ou risque important de dénutrition (sans trouble de comportement alimentaire)	<input type="checkbox"/> Diarrhée/constipation <input type="checkbox"/> Diverticulose symptomatique, diverticulite <input type="checkbox"/> Dyspepsie <input type="checkbox"/> Hyperuricémie, goutte <input type="checkbox"/> Hypoglycémie réactionnelle <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale stade 1, 2 et 3 (si non suivi par néphrologue) <input type="checkbox"/> Maladie cœliaque confirmée par biopsie duodénale ou par gastro-entérologue <input type="checkbox"/> Lithiases urinaires <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire obstructive chronique à risque de dénutrition <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Pancréatite <input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique <input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irritable
--	---	---	---

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 Saines habitudes de vie Signature de la personne autorisée : _____ Date : _____		

CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME (CAT)

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

NUTRITION CLINIQUE INDIVIDUELLE

Élaborer et mettre en œuvre un plan de traitement nutritionnel pour améliorer le contrôle d'un problème de santé.

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