

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

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

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

Note :

Section réservée à l'administration

Signature de la personne autorisée : _____ Date : _____

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

Formulaire disponible sur l'Intranet : <http://cissslaval.intranet.reg13.rtss.qc.ca/carrefour-clinique/formulaires-cliniques/>
(Direction des services professionnels)

Version avril 2019

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

- 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

- TA \geq 140/90

Maladies vasculaires périphériques

- Ischémie des artères des membres inférieurs causée principalement par l'athérosclérose, dont les manifestations principales sont la douleur et la claudication.
- Indice Tibio brachial \leq 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 \Rightarrow choisir Ateliers prévention

- Annexer les analyses sanguines récentes si effectuées à l'extérieur du CISSS de Laval.