



Direction des services professionnels
OFFRE DE SERVICES NUTRITION CLINIQUE

Formulaire d'inscription à envoyer par courriel à
ciblesante.ciSSLav@SSSS.gouv.qc.ca

Nom :	Prénom :	Réf.ligne : Ind.CS=	Dossier CLSC :
Adresse :	Ville :	Code postal :	
Téléphone 1 ^{er} :	Téléphone 2 ^e :		
DDN (aaaa-mm-jj) :	N.A.M. :	Exp. :	
Adresse courriel :			

- Critères d'admissibilité :**
- ✓ Avoir **18 ans** et plus
 - ✓ Résider, travailler, étudier à **Laval** ou être suivi par un médecin lavallois
 - ✓ Être en mesure de se déplacer à nos bureaux
 - ➔ Voir les **exclusions** à la page 2

Nutrition clinique – rencontre en individuel

SVP Cocher (✓) le ou les motifs de référence parmi les choix suivants :

<input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> Dyspepsie	Maladie cœliaque :	<input type="checkbox"/> Maladie de Crohn
<input type="checkbox"/> Cirrhose non décompensée	<input type="checkbox"/> Hyperuricémie / Goutte	<input type="checkbox"/> AVANT toute référence, le dx de novo ou ancien dx doit avoir été confirmé par biopsie duodénale ou gastro-entérologue.	<input type="checkbox"/> MPOC non sévère (et si aucun suivi en 2 ^e ligne)
<input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse	<input type="checkbox"/> Hypoglycémie réactionnelle	<input type="checkbox"/> AVANT toute référence si ancien dx confirmé, un dosage récent des anti-tTG doit être effectué.	<input type="checkbox"/> Ostéoporose
<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale (DFG > 30 et si aucun suivi en clinique de néphrologie)	Veuillez lire les exclusions à la page 2.	<input type="checkbox"/> Pancréatite
<input type="checkbox"/> Dénutrition / Maigreur (sans trouble de comportement alimentaire, sans dysphagie)	<input type="checkbox"/> Intolérance au lactose		<input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Lithiases urinaires		<input type="checkbox"/> Stéatose hépatique
<input type="checkbox"/> Diverticulose / Diverticulite			<input type="checkbox"/> Syndrome de l'intestin irritable

Notes :

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

Confirmation de réception par l'administration : Signature personne autorisée : _____ Date : _____

Date des communications : 1. _____ 2. _____ 3. _____	Centrale de rendez-vous : Date du RDV : _____ Diététiste-nutritionniste : Ste-Rose : <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> Autre : _____	REFUS : <input type="checkbox"/> Non rejoint / 3 messages <input type="checkbox"/> Refus par patient.e Date du refus : _____
----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Notes :

EXCLUSIONS :

- Âge inférieur à 18 ans
- Alimentation pour sportif
- Allaitement
- Arthrite / Arthrose
- Chirurgie bariatrique
- Cirrhose décompensée
- Diabète de type 1
- Dysphagie
- Fibromyalgie
- Gavage / Alimentation entérale / Alimentation parentérale
- Grossesse
- Insuffisance rénale avec débit de filtration glomérulaire inférieur à 30 (DFG < 30) ou insuffisance rénale stade 3 (DFG 30-59) avec suivi en clinique de néphrologie
- Maladie coéliquaie :
 - Diagnostic (dx) non confirmé par biopsie duodénale ou gastro-entérologue.
 - Élévation seule des anticorps anti-transglutaminases (anti-tTG) accompagnée ou non de symptômes à titre de dx.
 - Absence d'un dosage récent des anti-tTG pour un ancien dx confirmé par biopsie duodénale ou gastro-entérologue.
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) sévère ou avec suivi en 2^e ligne
- Obésité / Surpoids à titre de motif principal de consultation
- Pratique alimentaire particulière : Véganisme / Végétalisme / Végétarisme / Etc.
- Trouble de comportement alimentaire (TCA) : Anorexie / Boulimie / Hyperphagie / Orthorexie / etc.

Pour les motifs de référence suivants :

- Diabète de type 2
- Hypertension artérielle
- Dyslipidémie
- Maladies vasculaires périphériques
- Formations éducatives et ateliers de groupe 100% en virtuel

SVP compléter le formulaire **Cible santé** disponible sur le site web du CISSS de Laval au :

[Cible santé : CISSS de Laval \(lavalensante.com\)](http://lavalensante.com)

BOTTIN POUR NUTRITION CLINIQUE :

- Boîte vocale : 450 668-1010, poste 13169
- Nutrition clinique, ateliers et groupes de soutien sur le site web du CISSS de Laval :
[Nutrition clinique, ateliers et groupes soutien : CISSS de Laval \(lavalensante.com\)](http://lavalensante.com)
- La version du formulaire **Nutrition clinique** la plus à jour est disponible sur le site web du CISSS de Laval au :
[Nutrition clinique : CISSS de Laval \(lavalensante.com\)](http://lavalensante.com)