

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

 Usager sans médecin de famille     Usager inscrit collectivement

**Centre d'expertise en maladies chroniques (CEMC)**

Pavillon Rosemont

 5689 Boul. Rosemont, 5<sup>e</sup> étage

Montréal (Québec), H1T 2H1

Tél. : 514 906-2006    Fax : 514 788-7604

 Courriel : [cemc.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:cemc.cemtl@ssss.gouv.qc.ca)
**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal**
**Québec**

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE CENTRE D'EXPERTISE EN MALADIES CHRONIQUES**
**Critères d'admission généraux**

- Usager de  $\geq 18$  ans demeurant sur le territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal ou ayant un médecin de famille sur le territoire
- Clientèle ambulatoire avec capacités cognitives favorables à l'autogestion de leur maladie
- Volonté de l'utilisateur à s'engager dans l'autogestion de sa maladie et à modifier ses habitudes de vie durant tout le programme

**Risques cardiométaboliques**

Motif de référence	Critères d'admissibilité	Informations
<input type="checkbox"/> Pré diabète	<input type="checkbox"/> HbA1c 6 à 6,4 Et/Ou <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun 6 à 6,9	Date diagnostic : <u>AAAA/MM/JJ</u> Dernier résultat HbA1c: _____
<input type="checkbox"/> Diabète de type 2		Date diagnostic : <u>AAAA/MM/JJ</u> Médication en cours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Ajustement de la médication antidiabétique</i> (OIA-CEMTE-00024*) complétée et jointe à la référence
<input type="checkbox"/> HTA	$\geq 140/90$ en clinique Si diabétique $\geq 130/80$	Date diagnostic : <u>AAAA/MM/JJ</u> Médication en cours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Ajustement de la médication antihypertensive</i> (OIA-CEMTE-00020**) complétée et jointe à la référence
<input type="checkbox"/> Ordonnance médicale pour effectuer le télédepistage de la rétinopathie diabétique <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète de type 2 <b>ET</b></li> <li>• <math>\geq 18</math> ans – 64 ans (<math>\geq 65</math> ans = sans frais via réseau privé)</li> </ul>		

**Santé cardiovasculaire**

Motif de référence	Critères d'admissibilité	Informations
<input type="checkbox"/> Maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS).	<input type="checkbox"/> Autorisation médicale à faire de l'activité physique <input type="checkbox"/> Stabilité clinique $\geq 3$ mois post infarctus	Diagnostic : _____ Date : <u>AAAA/MM/JJ</u> Restrictions s'il y a lieu : _____

**Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)**

Motif de référence	Critères d'admissibilité	Informations
<input type="checkbox"/> Spirométrie de dépistage précoce de la MPOC	<input type="checkbox"/> $\geq 40$ ans ET <input type="checkbox"/> Fumeur ou <input type="checkbox"/> Ex-fumeur ou <input type="checkbox"/> Exposition sévère à la fumée secondaire ou <input type="checkbox"/> Exposition professionnelle	
<input type="checkbox"/> Programme en maladie chronique sur MPOC confirmée par spirométrie ou test de fonction respiratoire	<input type="checkbox"/> Résultat de spirométrie ou test de fonction respiratoire joint à la référence	Date diagnostic : <u>AAAA/MM/JJ</u> Dernière spirométrie réalisée : <u>AAAA/MM/JJ</u>

**Informations complémentaires pertinentes :**

Informations du référent		Consentement du patient
Signature : _____		<input type="checkbox"/> J'autorise la transmission des renseignements nécessaires au suivi de ma condition et m'engage à vouloir suivre le programme offert au CEMC du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Nom du médecin ou référent : _____ (en lettres moulées) Je consens à ce que l'ensemble de l'équipe puisse intervenir auprès de l'utilisateur (infirmier, nutritionniste, kinésiologue)		
N° de permis :		Signature :
Adresse :		Date : <u>AAAA/MM/JJ</u>
Téléphone :	Télécopieur :	<input type="checkbox"/> Consentement verbal obtenu