



CNM08013

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Téléphone (important)		

# FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE-CENTRE JEAN-JACQUES GAUTHIER

Expertise en promotion de la santé, prévention et  
gestion des maladies chroniques

Site : Centre de services ambulatoires et maison de naissance Louvain

Adresse :  
9600, rue Saint-Denis,  
Montréal, H2M 1P2

Courriel : [maladies.chroniques.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:maladies.chroniques.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca)

Télécopieur : 514 722-7106

Téléphone : 514 384-2000, poste 7254

Site internet : [ciussnordmtl.ca/cjig](http://ciussnordmtl.ca/cjig)

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Services	Description/Critères/Ordonnance
----------	---------------------------------

Saines habitudes de vie	<input type="checkbox"/> Centre d'abandon du tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompagnement personnalisé par un professionnel de la santé, formé en cessation tabagique, qui s'adresse aux personnes ambulatoires de 16 ans et plus prêtes à cesser de fumer, en réflexion ou aux fumeur actifs ayant un maintien difficile.</li> <li>Évaluation de la dépendance au tabac.</li> <li>Prescription de thérapie de remplacement de la nicotine.</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> Saine gestion du poids et des habitudes de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cours de groupe sur les saines habitudes de vie pour les adultes ambulatoires ayant un diagnostic d'obésité ou ayant une préoccupation à l'égard de leur poids ou de leur image corporelle</li> </ul> <p><b>Exclusion : troubles du comportement alimentaire.</b></p>

Santé Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> Pré-diabète <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Dyslipidémies	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éducation à visée d'autogestion pour adultes ambulatoires ayant reçu le diagnostic.</li> <li>Suivi par une équipe interdisciplinaire (infirmière, nutritionniste, kinésologue)</li> </ul> <p>HbA1c : _____ Date: <u>AAAA/MM/JJ</u></p> <p>Tension artérielle : _____ / _____ Date: <u>AAAA/MM/JJ</u></p> <p>Cholestérol-total : _____ LDL : _____ Date : <u>AAAA/MM/JJ</u></p> <p>Triglycérides : _____ HDL : _____</p> <p><b>Ordonnance médicale pour prélèvements</b> Gly à jeun, Créat sérique, Na, K, Bilan lipidique : 0 - 12 - 24 mois. HbA1c : 0 - 3 - 6 - 12 - 18 - 24 mois</p>
	<input type="checkbox"/> La vie après un AVC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Groupe de soutien s'adressant aux survivants de l'AVC et à leurs proches aidants ayant terminé leur réadaptation active depuis plus de 3 mois.</li> <li>Vise à démystifier l'AVC et l'adaptation à la nouvelle réalité.</li> </ul> <p><b>Exclusions : troubles neurologiques et troubles neurocognitifs ou troubles psychotiques graves empêchant de participer aux activités proposées.</b></p>
	<input type="checkbox"/> Réadaptation cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> <li>Séances d'entraînement physique et d'éducation pour adultes ambulatoires ayant fait un événement cardiaque (infarctus, dilatation, tuteur, pontage) ou de l'angine depuis moins que 1 an avec revascularisation complétée.</li> <li>Suivi par une équipe interdisciplinaire spécialisée sous la direction d'un cardiologue.</li> <li><input type="checkbox"/> Joindre le sommaire du dossier cardiaque.</li> </ul> <p><b>Exclusions : FEVG &lt;35%, maladie valvulaire sévère, ATCD de tachycardie ventriculaire soutenue sans défibrillateur, classe fonctionnelle ≥ III, troubles musculo squelettiques, neurologiques, neurocognitifs ou psychotiques graves empêchant la pratique d'exercice.</b></p>

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM08013

DATE (AAAA/MM/JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Services		Description/Critères/Ordonnance
Santé Respiratoire	<input type="checkbox"/> Spirométrie comparative	<ul style="list-style-type: none"><li>• Spirométrie comparative pour personnes ambulatoires de 6 ans et plus.</li></ul> Exclusions : troubles neurocognitifs ou psychotiques graves.  <b>Ordonnance médicale</b> Spirométrie comparative (avec Salbutamol 400 ug).
	<input type="checkbox"/> Asthme	<ul style="list-style-type: none"><li>• Éducation à visée d'autogestion pour personnes ambulatoires de tous âges ayant un diagnostic d'asthme.</li><li>• Suivi par un inhalothérapeute.</li></ul>
	<input type="checkbox"/> MPOC	<ul style="list-style-type: none"><li>• Éducation à visée d'autogestion pour personnes ambulatoires ayant un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) objectivé par un test de fonction respiratoire.</li><li>• Suivi par une équipe interdisciplinaire (infirmières, nutritionnistes, kinésiologue)</li></ul> VEMS/CVF : _____ %, VEMS : _____ %, CVF : _____ %, Date : _____ AAAA/MM/JJ  <b>Ordonnance médicale</b> Spirométrie comparative (avec Salbutamol 400 ug).
	<input type="checkbox"/> Réadaptation pulmonaire <input type="checkbox"/> Réadaptation post covid-19	<ul style="list-style-type: none"><li>• Séances d'entraînement physique et d'éducation pour adultes ambulatoires ayant un diagnostic de maladie pulmonaire chronique ou de covid-19 qui demeurent symptomatiques malgré le traitement ;</li><li>• Suivi par une équipe interdisciplinaire spécialisée sous la direction d'un pneumologue ;</li></ul> <b>Exclusions : maladies cardiovasculaires instables, troubles musculo squelettiques, neurologiques, neurocognitifs ou psychotiques graves empêchant la pratique d'exercice.</b>

Informations cliniques et particularités : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Réfèrent/Prescripteur		Engagement de l'utilisateur
Joindre les résultats de laboratoire pertinents au présent formulaire		
Signature		<input type="checkbox"/> L'utilisateur autorise la transmission des renseignements nécessaires au suivi de sa condition et s'engage à suivre le programme (individuel ou groupe) offert au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.  Courriel de l'utilisateur : _____
Nom du réfèrent (en lettre moulées)		
No de permis		
Adresse		
Téléphone	Télocopieur	Date : _____ AAAA/MM/JJ