

Formulaire d'inscription à envoyer par courriel à
ciblesante.ciesslerav@ssss.gouv.qc.ca

Nom :	Prénom :	Réf.ligne : Gr=	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 de base :

- ✓ 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 si suivis cliniques en présentiel
- ➔ Voir les **précisions** à la page 2

Groupes en virtuel et téléconsultations : ✓ Avoir l'internet et le matériel informatique nécessaire.

De plus pour les groupes en virtuel : ✓ Comprendre le français.

➔ Référer en individuel si non admissible aux groupes en virtuel.

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

GROUPES EN VIRTUEL		SUIVIS CLINIQUES INDIVIDUELS AVEC NUTRITIONNISTE
ATELIERS « LE CHANGEMENT EN ACTION »	FORMATIONS ÉDUCATIVES	<input type="checkbox"/> Présentiel ou <input type="checkbox"/> Téléconsultation
<p>Accompagnement pour permettre d'amorcer des changements d'habitudes de vie afin de prévenir les complications des maladies chroniques / cardiométaboliques.</p> <p><input type="checkbox"/> Le changement en action : 4 rencontres de groupe</p> <p>Aucun suivi individuel en nutrition post-ateliers.</p>	<p>Notions détaillées en lien avec la ou les conditions cochées ci-dessous :</p> <p><input type="checkbox"/> Mieux vivre avec mon diabète : 3 rencontres de groupe</p> <p><input type="checkbox"/> Santé du cœur (DLP-HTA-MCAS) : 3 rencontres de groupe</p> <p>Suivi individuel en nutrition disponible post-formation(s).</p>	<p><input type="checkbox"/> Diabète de type 2</p> <p><input type="checkbox"/> Dyslipidémie</p> <p><input type="checkbox"/> Hypertension artérielle</p> <p><input type="checkbox"/> Maladies vasculaires périphériques</p>

Notes :

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

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

Date des communications :	Centrale de rendez-vous :	Groupes : Date inscription	REFUS :
1. _____	Date du RDV :	<input type="checkbox"/> CEA: _____	<input type="checkbox"/> Non rejoint / 3 messages
2. _____	Diététiste-nutritionniste :	<input type="checkbox"/> DB : _____	<input type="checkbox"/> Refus par patient.e
3. _____	Ste-Rose : <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> SM	<input type="checkbox"/> SC: _____	Date du refus : _____
	O.de.l'Île : <input type="checkbox"/> _____		

Notes :

PRÉCISIONS :

MOTIFS DE RÉFÉRENCE : ATELIERS « LE CHANGEMENT EN ACTION »

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Accident ischémique transitoire - Accident vasculaire cérébral - Diabète de type 2 - Dyslipidémie - Hypertension artérielle - Insuffisance cardiaque | <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance rénale - Maladie cardiaque athérosclérotique - Maladies vasculaires périphériques - Prédiabète - Syndrome métabolique - Tension artérielle anormalement élevée (TA 130-139 / 85-89) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

MOTIFS DE RÉFÉRENCE : FORMATIONS ÉDUCATIVES et SUIVIS CLINIQUES EN INDIVIDUEL

DIABÈTE :

- ✓ Usager diabétique avec A1C < 9%
- ✓ Diabète de type 2, avec ou sans médication
- ✓ Diabète de type 2 de novo
- ** **Exclusions** : Prédiabète, diabète de type 1 et toute personne n'ayant pas été cliniquement diagnostiquée. **

HYPERTENSION ARTÉRIELLE (HTA) :

- ✓ TA ≥ 140 / 90

MALADIES VASCULAIRES PÉRIPHÉRIQUES :

- ✓ Ischémie des artères des membres inférieurs
- ✓ Indice tibio-brachial ≤ 0.9

SUIVIS CLINIQUES INDIVIDUELS AVEC NUTRITIONNISTE

Suivis cliniques individuels avec nutritionniste pour améliorer le contrôle des problèmes de santé suivants :

- Diabète T2 **Exclusions : Prédiabète, diabète de type 1 et toute personne n'ayant pas été cliniquement diagnostiquée.**
- Dyslipidémie
- Hypertension artérielle
- Maladies vasculaires périphériques

Rencontre offerte en présentiel et en téléconsultation.

Pour tout autre motif de référence en individuel, SVP compléter le formulaire Nutrition clinique disponible sur le site web du CISSS de Laval au :

[Nutrition clinique : CISSS de Laval \(lavalensante.com\)](http://lavalensante.com)

BOTTIN POUR CIBLE SANTÉ :

- 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 **Cible santé** la plus à jour est disponible sur le site web du CISSS de Laval au : [Cible santé : CISSS de Laval \(lavalensante.com\)](http://lavalensante.com)