

Formulaire d'inscription à envoyer par courriel à  
[ciblesante.ciessler@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ciblesante.ciessler@ssss.gouv.qc.ca)

Nom :	Prénom :	Réf.ligne : Gr=	Dossier CLSC :
Adresse :	Ville :	Code postal :	
Téléphone 1 <sup>er</sup> :	Téléphone 2 <sup>e</sup> :		
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
<b>ATELIERS « LE CHANGEMENT EN ACTION »</b>	<b>FORMATIONS ÉDUCATIVES</b>	<input type="checkbox"/> Présentiel ou <input type="checkbox"/> Téléconsultation
<p><b>Accompagnement</b> pour permettre d'amorcer des changements d'habitudes de vie afin de prévenir les complications des maladies chroniques / cardiométaboliques.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Le changement en action :</b> 4 rencontres de groupe</p> <p>Aucun suivi individuel en nutrition post-ateliers.</p>	<p><b>Notions détaillées</b> en lien avec la ou les conditions cochées ci-dessous :</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Mieux vivre avec mon diabète :</b> 3 rencontres de groupe</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Santé du cœur (DLP-HTA-MCAS) :</b> 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 : \_\_\_\_\_

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

**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)