



**RÉFÉRENCE PROGRAMME PRÉVENTION ET  
GESTION INTÉGRÉE MALADIES CHRONIQUES**

**RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS) DE TROIS-RIVIÈRES**

Accueil santé

Téléphone : 819 370-2200, poste 42150

Télécopieur : 819 373-7726

Centres multiservices de santé et de services sociaux Saint-Joseph et Cloutier, Service de première ligne

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Usager orphelin

PROGRAMMES OFFERTS	CRITÈRES DE RÉFÉRENCE	PRIORISATION
<input type="checkbox"/> <b>Programme Ma santé à vie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 rencontres de groupe</li> <li>• Suivi individuel au besoin</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Syndrome métabolique <input type="checkbox"/> Embonpoint/Obésité <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle (HTA) <input type="checkbox"/> Prédiabète <input type="checkbox"/> Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique	<input type="checkbox"/> HTA symptomatique <input type="checkbox"/> HTA non contrôlée <input type="checkbox"/> Application d'ordonnance collective d'ajustement de la médication <input type="checkbox"/> Dépistage hypotension orthostatique <input type="checkbox"/> Effets secondaires de la médication
<input type="checkbox"/> <b>Programme de prévention secondaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi individuel</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Accident ischémique transitoire <input type="checkbox"/> Infarctus aigu du myocarde	<hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> <b>Service aux personnes diabétiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 rencontres de groupe</li> <li>• Suivi individuel au besoin</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Diabète de type II <input type="checkbox"/> De novo Le diagnostic doit être connu de l'usager.  Exclusion : Diabète de type I doit être référé en deuxième ligne	<input type="checkbox"/> Glycémies supérieures ou égales à 15 mmol/L <input type="checkbox"/> Initiation à l'insuline <input type="checkbox"/> Hypoglycémies fréquentes <input type="checkbox"/> Débalancement récent des glycémies <input type="checkbox"/> Application d'ordonnance individuelle ou collective d'ajustement de la médication
<input type="checkbox"/> <b>Clinique de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)</b>  <b>Dépistage</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirométrie de dépistage</li> </ul> <b>Suivi de la clientèle atteinte de MPOC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi individuel</li> <li>• 4 rencontres de groupe</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Spirométrie de dépistage <input type="checkbox"/> Fumeur ou ex-fumeur âgé de 40 ans et plus, présentant : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Toux persistante</li> <li><input type="checkbox"/> Expectorations</li> <li><input type="checkbox"/> Respiration sifflante</li> <li><input type="checkbox"/> Dyspnée</li> <li><input type="checkbox"/> Infections récurrentes</li> </ul> <input type="checkbox"/> MPOC Stade : _____ Le diagnostic doit être connu de l'usager.	<input type="checkbox"/> Priorisation demandée par le médecin <input type="checkbox"/> Exacerbation aiguë de la MPOC <input type="checkbox"/> Enseignement compresseur aérosolthérapie <input type="checkbox"/> Plan d'action en cours d'utilisation <input type="checkbox"/> Plan d'action terminé sans amélioration de l'état pulmonaire
<input type="checkbox"/> <b>Centre d'abandon du tabac</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Counseling individuel sur place ou téléphonique</li> <li>• Prescription pour cessation tabagique</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Fumeur (adulte) <input type="checkbox"/> Ex-fumeur (adulte) <input type="checkbox"/> Vapoteur <input type="checkbox"/> 17 ans et moins	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Signature du référent : \_\_\_\_\_

N° de permis : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

AAAA-MM-JJ

Coordonnées : \_\_\_\_\_

Nom :  
N° Dossier :

Prénom :

Site :

Accueil santé

Téléphone : 819 370-2200, poste 42150

Télécopieur : 819 373-7726

**PROGRAMMES OFFERTS**

**CRITÈRES DE RÉFÉRENCE**

**Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)**

Programme d'une durée de 12 semaines, incluant :

- Évaluation pré et post programme
- Exercices en groupe deux fois par semaine
- Programme d'exercices à faire à domicile;
- Capsule d'information sur la prévention des chutes

*Programme offert en communauté par la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle*

Usager âgé de 60 ans et plus

À risque de chute

Ayant une préoccupation à l'égard de son équilibre

Exclusion :

- Besoin d'un auxiliaire de marche en permanence
- Perte d'autonomie
- Chutes à répétition
- Déficit cognitif

**Interventions multifactorielles personnalisées (IMP)**

Programme d'une durée de 12 à 18 mois permettant d'améliorer et de maintenir l'autonomie des aînés à domicile, incluant :

- Dépistage des facteurs de risque de chute;
- Évaluation de la capacité motrice, de l'environnement, de la gestion de la médication et autres aspects;
- Mise en place d'un plan d'intervention;
- Réévaluation et suivi aux 6 mois.

*Offert au domicile de l'utilisateur par les intervenants du Programme soutien à l'autonomie de la personne âgée*

Usager âgé de 65 ans et plus

Présentant une perte d'autonomie

Histoire antérieure de chutes

Vivant à domicile

Exclusion :

- Déficit cognitif significatif
- Soins palliatifs et de fin de vie

Signature du référent : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

AAAA-MM-JJ

Coordonnées : \_\_\_\_\_

Pour information complémentaire, consulter le *Guide du référent* du programme de prévention et gestion intégrée en maladies chroniques via le site Internet [www.ciusssmcq.ca](http://www.ciusssmcq.ca)