



GESTION DES MALADIES CHRONIQUES
Formulaire de référence

Identification du patient

PATIENTS RÉSIDENTS DE L'ONTARIO SEULEMENT

PRIORITÉ (CHOISIR LE DÉLAI LE PLUS APPROPRIÉ)

- 1-2 semaines 2-4 semaines

Envoyer le formulaire par fax au 613-688-1086

AU MOINS 2 COMORBITÉS

et / ou

PROBLÈMES GÉRIATRIQUES

- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Insuffisance cardiaque
- Maladie coronarienne
- Fibrillation auriculaire
- HTN
- Diabète
- Insuffisance Rénale Chronique
- AVC
- Cirrhose
- Trouble cognitif ou démence
- Autre : _____

- Mobilité/chute
- Stress aidant naturel
- Humeur/dépression
- Comportements
- Continence
- Polypharmacie
- Douleur
- Nutrition
- Fonction
- Sécurité

ANTÉCÉDENTS SOCIAUX

- Fumeur
- ETOH
- Drogue
- Habite Seul(e)
- Multiples admissions ou visites à l'urgence
- Autre : _____

RAISON DE CONSULTATION

- Aider avec l'autogestion de ses maladies chroniques
- Faciliter transition de soins dans la communauté
- Planification préalable des soins avancés/statut de réanimation
- Support social limité/ patient isolé
- Trouble de santé mentale et/ou sommeil relié à la multimorbidité (anxiété, dépression, trouble d'ajustement)
- Optimiser le statut fonctionnel Besoin d'évaluation gériatrique plus détaillée
- Autre : _____

82000525

DATE : _____ HEURE : _____

SIGNATURE DU MÉDECIN: _____