



**CLINIQUE DE GESTION DES
MALADIES CHRONIQUES**
Formulaire de référence

Envoyer le formulaire par fax au :
613-688-1086

Identification du patient

PATIENTS RÉSIDENTS DE L'ONTARIO SEULEMENT

PRIORITÉ (CHOISIR LE DÉLAI LE PLUS APPROPRIÉ)

☐ Urgent*

☐ Non-Urgent

*Si urgent, SVP indiquer raison :

AU MOINS 2 COMORBITÉS

et / ou

Vulnérabilités

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

- ☐ Mobilité/chute
- ☐ Stress aidant naturel
- ☐ Humeur/dépression
- ☐ Anxiété
- ☐ Continence
- ☐ Polypharmacie
- ☐ Douleur
- ☐ Inquiétudes nutritionnelles
- ☐ Déclin fonctionnel
- ☐ Sécurité

RAISON DE CONSULTATION

- ☐ Difficultés à stabiliser les symptômes en lien avec la multi-morbidité
- ☐ Difficultés à optimiser le statut fonctionnel et qualité de vie du patient
- ☐ Difficultés d'autogestion de la part du patient
- ☐ Problèmes au niveau de la coordination des soins / accès aux services appropriés
- ☐ Trouble de santé mentale et/ou sommeil relié à la multimorbidité (anxiété, dépression, trouble d'ajustement) * svp spécifier dans la boîte d'information additionnelle ci-bas
- ☐ Besoin de planification préalable des soins avancés/statut de réanimation
- ☒ Consultation avec l'équipe interprofessionnelle :
 - ✓ Physiothérapie
 - ✓ Ergothérapie
 - ✓ Travail Social
 - ✓ Pharmacie
 - ✓ Diététiste
 - ✓ Infirmière

Information additionnelle :

82000525

NOM DU MÉDECIN RÉFÉRANT:

SIGNATURE:

NUMÉRO DE FACTURATION :

DATE :