



105

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20____/____

Date de naissance : ____/____/____ ☐ M ☐ F
Année Mois Jour

RÉFÉRENCE CENTRE D'ÉDUCATION EN ASTHME (CEA)

COORDONNÉES	
Pierre-Boucher Courriel : maladies.chroniques.pb.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca Téléphone : (450) 468-7700 Télécopieur : (450) 442-5721 Richelieu-Yamaska Courriel : maladies.chroniques.ry.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca Téléphone : (450) 773-4387 Télécopieur : (450) 998-2023 Pierre-De-Saurel Courriel : maladies.chroniques.pds.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca Téléphone : (450) 551-8051 Télécopieur : (450) 908-8008	
CRITÈRES D'ADMISSION	
1) Diagnostic confirmé d'asthme 2) Usagers du secteur du CISSS de la Montérégie-Est EXCLUSION : Investigation en cours pour éliminer un diagnostic différentiel	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	
Âge de l'usager : _____ ans Nom du médecin traitant : _____ Type d'asthme : <input type="checkbox"/> De novo <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère Année du diagnostic : _____ Médicament(s) prescrit(s) : <input type="checkbox"/> Voir ordonnance ci-jointe <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur Comorbidité(s) : <input type="checkbox"/> Sinusite chronique <input type="checkbox"/> Rhinite <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Atopie familiale <input type="checkbox"/> Obésité <input type="checkbox"/> RGO <input type="checkbox"/> Allergie(s) : _____ <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ <input type="checkbox"/> Plan d'action élaboré avec l'usager (joindre à la référence)	
PRIORITÉ D'ADMISSION AU PROGRAMME	<input type="checkbox"/> PRIORITAIRE : Délai maximum 4 semaines (ex. : post-hospitalisation ou consultation pour exacerbation) <input type="checkbox"/> Liste d'attente selon la date de référence (≤ 90 jours) <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
_____ Nom du référent	_____ Signature du référent
_____ No permis	Date : 20____/____/____ Année Mois Jour