



LN2594

- CHDL
 HPLG
 CLSC-Nord
 CLSC-Sud
- HEB-Nord
 HEB-Sud
 CR

Site : _____

Prog./Service./Unité : _____

Date de naissance *			N° de dossier *	
Année	Mois	Jour		
_____	_____	_____		
Nom à la naissance *			Prénom *	
_____			_____	
N° d'assurance maladie				

Adresse				

Ville		Code postal	N° de téléphone *	
_____		_____	_____	
Nom de la mère			Nom du père	
_____			_____	
Les éléments marqués d'une étoile () sont obligatoires				

RÉFÉRENCE EN DOULEUR CHRONIQUE 1^{ÈRE} LIGNE (CIDC)

Carrefour interdisciplinaire de première ligne en douleur chronique (CIDC)

Diagnostic(s) en douleur chronique : _____

Suivi actif en douleur chronique : Oui Non

Précisez : _____

L'utilisateur est-il en attente de service pour la 2^e ou 3^e ligne ? Oui Non Si oui, inscrire la date : _____
(aaaa/mm/jj)

Votre usager présente-t-il des contre-indications à faire de l'activité physique ? Si oui, veuillez préciser : _____

Santé globale physique

- Cancer Actif En rémission
- IRC Clairance : _____ ml/min
Dernier examen, date : _____
(aaaa/mm/jj)
- Diabète : Type 1 Type 2
- Maladie (s) cardiovasculaire (s) : _____
- Maladie (s) pulmonaire (s) : _____
- Autres : _____

Santé globale psychologique

- Dépression
- Troubles anxieux
- Troubles cognitifs
- Stress post-traumatique
- ATCD ou consommation de substances
- Autres : _____

Consentement de l'utilisateur

Je suis intéressé(e) à participer à une démarche de groupe pour 12 semaines liée à la douleur chronique et je consens à la transmission des informations nécessaires à la présente demande.

Signature _____

Nom en lettres moulées _____

Date : _____
(aaaa/mm/jj)

Informations sur le référent

Signature _____

Nom en lettres moulées _____

Titre et no de permis _____

Date : _____
(aaaa/mm/jj)

Coordonnées _____

* Joindre la liste DSQ à jour ainsi que tous examens / résultats pertinents à la présente référence.

Nom :

Prénom :

Dossier :

Informations sur le médecin traitant

Nom _____

Clinique _____

Téléphone _____

Fax _____

Courriel _____

ESPACE RÉSERVÉ AU CIDC

Critère de priorisation :

P1 P2 P3 P4

Critères d'inclusion :

- Être âgé de 18 ans et plus ;
- Douleur chronique (>3mois) avec ou sans sévérité de la douleur dépassant 4/10 sur l'échelle de la douleur ;
- Usager motivé à acquérir les connaissances nécessaires à l'autogestion de la douleur chronique, amorcer un changement dans ses habitudes de vie ;
- Usager intéressé par des cours de groupe informatifs et éducatifs d'une durée de 12 semaines.

Critère d'exclusion :

- Usager en fin de vie ou aux soins palliatifs

Veillez nous faire parvenir la référence soit par courriel au

carrefour.premiereligne.douleurchronique.cissslan@ssss.gouv.qc ou par fax au 450 470-4152.

Nom :

Prénom :

Dossier :

ANNEXE 1

Ordonnance pour l'activité physique

À remplir uniquement si la référence est faite par un médecin ou infirmier praticien spécialisé

Objectif(s) avec l'activité physique :

ACTIVITÉ AÉROBIQUE (CARDIOVASCULAIRE)

Activité : _____ (voir les exemples à la page suivante)

Fréquence : 2 3 4 5 6 7 jours/semaine

Intensité : léger modéré intense

Durée : 5 10 15 20 30 40 minutes/session

EXERCICE DE RENFORCEMENT

Activité : _____ (voir les exemples à la page suivante)

Fréquence : 2 3 4 5 6 7 jours/semaine

Commencez à une basse intensité et augmenter graduellement

Réduire vos activités sédentaires (télévision, tablette et autres) ou pensez à y introduire des petits exercices durant les pauses publicitaires

Au besoin, utilisez une médication antalgique 30 minutes avant l'activité physique

Si vous êtes diabétique et à risque d'hypoglycémie, veuillez prendre votre glycémie avant et après l'exercice

Tenez un journal quotidien de vos exercices

Utilisez un podomètre, votre téléphone ou une montre pour monitorer le nombre de pas quotidien : fixez-vous un objectif réaliste

Signature _____

Nom en lettres moulées _____

Titre et no de permis _____

Date (aaaa/mm/jj) _____

SELON LE GUIDE CANADIEN

- Nous devrions faire environ 150 minutes d'activités physiques par semaine
- Mise sur les activités d'intensité modérée à vigoureux pour de courtes durées (10 minutes ou plus)
- Augmentez votre force physique en ajoutant quelques exercices de renforcement 2 fois par semaine

EXEMPLES D'ACTIVITÉS AÉROBIQUES

Marche, course, randonnée, nage, bicyclette, monter les escaliers, ménage, ski, danse, jardinage, sports de compétition, etc.

EXEMPLES D'EXERCICES DE RENFORCEMENT

Push-ups, squats, planche au comptoir, poids libres, élastiques, etc.

Bienfaits de l'exercice : diminuer le risque de multiples problématiques incluant la démence, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose, l'anxiété, la dépression et la fatigue chronique. Aide au traitement de la douleur chronique. Améliore la qualité de vie. Diminue les risques de mortalité.