

Formulaire de référence

Nom : _____
 Adresse : _____
 _____ Code postal _____
 Tél. rés. : _____ Tél. bur. : _____
 Date de naissance : _____
 Médecin de famille _____

Traité santé s'adresse à toutes les personnes motivées, disponibles et capables de s'engager dans un programme de réadaptation (activité physique et nutrition) et ayant un diagnostic d'une des maladies suivantes :

- Problèmes cardiaques Diabète MPOC
 Maladies artérielles périphériques AIT-AVC

Précisions : _____

Transmettre la demande et, si possible, les documents disponibles, par télécopieur :

- Les résultats d'examen (bilan sanguin, épreuve d'effort, évaluation respiratoire, etc.)
 La liste des médicaments
 Toute information assurant la continuité des soins et des services (collecte de données ou évaluation santé déjà complétée, bilan de l'enseignement reçu et des objectifs à poursuivre, etc.)

Territoires des centres de santé et de services sociaux		Télécopieur	Pour information
Québec	CLSC de la Haute-Ville, de la Basse-Ville, des Rivières, de Limoilou	418 628-0810	418 628-6808
	CLSC de Sainte-Foy - Sillery, de Cap-Rouge - Saint-Augustin, de L'Ancienne-Lorette ¹	418 656-4872	418 656-4594
Québec	CLSC de la Jacques-Cartier, La Source, Orléans	418 628-0810	418 628-6808
CSSS de Charlevoix	Tous les CLSC du territoire de Charlevoix	418 435-5509	418 435-5475, poste 59013
CSSS de Portneuf	Tous les CLSC du territoire de Portneuf	418 337-3184	418 337-4611, poste 15972

1. Les services sont dispensés par le Pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC) de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Date : ____ / ____ / ____

Nom et prénom du référent

Signature du référent

Établissement : _____

Téléphone : _____