



LN2638

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

Site : _____

Prog./Service./Unité : _____

Date de naissance *

Année

Mois

Jour

N° de dossier *

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

DEMANDE DE CONSULTATION AU CENTRE CIRCUIT

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DU PATIENT

2^{ème} téléphone : _____ Adresse courriel : _____

RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN OU PROFESSIONNEL RÉFÉRENT

Nom, prénom : _____ No de pratique : _____

CH/Clinique (adresse complète) : _____

Tél. privé : _____ Télécopie : _____

Adresse courriel : _____

RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN TRAITANT (le patient doit avoir un médecin traitant pour être accepté à CIRCUIT+)

Nom, prénom : _____ No de pratique : _____

RAISONS DE CONSULTATION, DIAGNOSTICS ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

FACTEURS DE RISQUES DE MALADIE CARDIOMÉTABOLIQUE ET AUTRES

Le patient doit avoir entre 5 et 18 ans moins 1 jour ET présenter au moins deux facteurs de risque de maladie cardiométabolique parmi les suivants

Obésité

IMC \geq 97^{ème} percentile

Poids : _____ kg Grandeur : _____ cm

Obésité sévère

IMC \geq 99.9^{ème} percentile

Poids : _____ kg Grandeur : _____ cm

Stéatose hépatique

Confirmé avec échographie

ALT

Fille \geq 44 U/L

Garçon \geq 52 U/L

Nom :

Prénom :

Dossier :

Prédiabète <input type="checkbox"/> HbA1c = 6.0 à 6.4% <input type="checkbox"/> Glucose = 5.6 à 6.9 mmol/L à jeun <input type="checkbox"/> Glucose 2hrs PC = 7.8 à 11.0 mmol/L	Hypertension artérielle (HTA) <input type="checkbox"/> TAS et/ou TAD \geq 95 ^{ème} percentile <input type="checkbox"/> Traitement
Diabète type 2 <input type="checkbox"/> HbA1c \geq 6.5% <input type="checkbox"/> Glucose \geq 7.0 mmol/L à jeun <input type="checkbox"/> Glucose 2hrs PC \geq 11.1 mmol/L <input type="checkbox"/> Traitement	Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Triglycérides \geq 1.7 mmol/L <input type="checkbox"/> HDL \leq 1.00 mmol/L <input type="checkbox"/> LDL \geq 3.40 mmol/L <input type="checkbox"/> Traitement
<input type="checkbox"/> Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) Diagnostiqué par médecin traitant	<input type="checkbox"/> Cardiopathie : _____ Diagnostiqué par médecin traitant
<input type="checkbox"/> Syndrome de l'apnée obstructive du sommeil (SAOS) Diagnostiqué par médecin traitant	<input type="checkbox"/> Autre : _____

VEUILLEZ NOTER SI LE PATIENT PRÉSENTE UN TROUBLE NEURODÉVELOPPEMENTAL

<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	<input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H)	<input type="checkbox"/> Trisomie 21	<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Autre : _____ _____
--	--	--------------------------------------	--	---

VEUILLEZ ANNEXER LES COURBES DE CROISSANCE DU PATIENT À VOTRE DEMANDE
ENVOYEZ VOTRE RÉFÉRENCE

Par courriel interne	Par télécopieur	Par courriel	Par la poste
Pavillon Desrosiers Langlois (CIRCUIT) 87	450 470-9705	circuit.cissslan@ssss.gouv.qc.ca	HPLG-Pavillon Desrosiers Langlois 821 Rue de la Soeur Marie Rose, Terrebonne, QC

_____ Date _____ / _____ / _____
 Signature du « titre d'emploi » Nom en lettres moulées No. permis Année mois jour