



Date de la demande : _____

DEMANDE DE CONSULTATION AU CENTRE CIRCUIT

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

Nom, prénom : _____ No dossier CHUSJ : _____

RAMQ : _____ Exp. : _____ DDN : _____

Adresse complète : _____

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 RISQUE 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 suivant

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

| | |
|---|---|
| Prédiabète <input type="checkbox"/> HbA1c = 6.0 à 6.4% <input type="checkbox"/> Glucose à jeun = 5.6 à 6.9 mmol/L <input type="checkbox"/> Glucose 2hrs PC = 7.8 à 11.0 mmol/L | Hypertension artérielle (HTA) <input type="checkbox"/> TAS et/ou TAD ≥ 95 ^{ème} percentile <input type="checkbox"/> Traitement |
| Diabète type 2 <input type="checkbox"/> HbA1c ≥ 6.5% <input type="checkbox"/> Glucose à jeun ≥ 7.0 mmol/L <input type="checkbox"/> Glucose 2hrs PC ≥ 11.1 mmol/L <input type="checkbox"/> Traitement | Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Triglycérides ≥ 1.7 mmol/L <input type="checkbox"/> HDL ≤ 1.00 mmol/L <input type="checkbox"/> LDL ≥ 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"/> Déficiência intellectuelle | <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____ |
|---|---|---|--|--|

Veillez annexer les courbes de croissance du patient à votre demande

| ENVOYEZ VOTRE RÉFÉRENCE | | | |
|--------------------------------|-----------------|------------------------|---|
| par courrier interne | par télécopieur | par courriel | par la poste |
| CIRCUIT - Decelles 107 | 514 345-4971 | info@centrecircuit.com | 107-5757, av. Decelles, Montréal QC H3S 2C3 |