

Demande de consultation – Gériatopsychiatrie : Dre Marie-Andrée Bruneau

Effacer le formulaire

1. IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance-maladie : _____ Expiration : _____

Adresse : _____ #apt : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Sexe : M ☐ F ☐

Date de naissance : jj _____ /mm _____ /aaaa _____ Âge : _____

Langue(s) parlée(s) : Français ☐ Anglais ☐ autres : _____

2. PERSONNES-RESSOURCES

Nom et fonction de l'intervenant à joindre pour plus de renseignements : _____

N° de téléphone : _____ Courriel : _____

Nom du proche aidant : _____ N° de téléphone : _____

Lien : _____ Courriel : _____

3. RAISON DE CONSULTATION

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET PSYCHIATRIQUES

5. DOCUMENTS À JOINDRE-Obligatoire en rouge (si non disponible au DSQ)

- ☐ Profil pharmacologique à jour
- ☐ Bilan gériatrique récent (FSC, E+, Bun, créat, bilan hépatique, TSH, B12, glycémie, Ca, Mg, A+C urine)
- ☐ Imagerie cérébrale (scan, RMN, PET)
- ☐ Évaluation cognitive antérieure (MMSE, MoCA, rapport de neuropsychologie, ergo)
- ☐ Tout autre rapport ou investigation pertinent (consultation et suivis psychiatrie, gériatrie, neurologie)

6. CONSENTEMENTS - Obligatoire

- ☐ L'utilisateur ou le représentant légal est d'accord avec cette demande et vous autorise à nous transmettre toute l'information pertinente.
- ☐ L'utilisateur ou le représentant légal ont été avisés que la consultation pourrait s'effectuer en télémedecine-
Joindre formulaire de consentement à la téléconsultation.

7. SIGNATURES

Nom et no de pratique du md référent _____ Signature : _____ Date _____

Acheminez le formulaire et les documents requis par courriel :
Marie-Andree.Bruneau.med@ssss.gouv.qc.ca