



LN2430



HHPLG-14

Site : _____

Prog./Serv./Unité: _____

DEMANDE DE CONSULTATION SAG-CIGA

Clinique d'investigation
gériatrique ambulatoire (CIGA)
450-470-2656
Télécopieur : 450-470-2651

Service ambulatoire de gériatrie
(SAG)
450-759-8222 p.4652
Télécopieur : 450-759-7736

COORDONNÉES DE L'USAGER :

Adresse : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Personne-ressource à contacter pour le rendez-vous : _____ Lien : _____

Téléphone maison : _____ Bureau ou cellulaire : _____

☐ Faible réseau social ou absent ☐ Conflits familiaux importants
Lieu de résidence : ☐ Maison ☐ Appartement ☐ Résidence privée ☐ Résidence publique

Nom de la résidence (S'il y a lieu): _____

Réside avec : ☐ conjoint ☐ enfant ☐ seul(e) ☐ autre : _____**RAISON DE LA CONSULTATION (prérequis obligatoires, voir page suivante) :**☐ TNC typique : précisez la problématique à évaluer : _____☐ TNC atypique ou d'étiologie à préciser _____☐ Perte d'autonomie inexplicquée _____☐ Évaluation de l'aptitude **en contexte de TNC**:

Précisez quel axe évaluer, dans quel but et si
présence d'une situation de maltraitance
(abus/négligence)

(* en situation de co-morbidité psychiatrique,
référer en psychiatrie)

☐ Chutes récurrentes non syncopales inexplicquées☐ Trouble de la marche et de l'équilibre à évaluer☐ Perte de poids inexplicquée chez > 75 ans après investigation médicale appropriée☐ Polypharmacie potentiellement néfaste/déprescription☐ Autre : _____

☐ Symptômes comportementaux et psychologique de la démence (SCPD). Précisez les symptômes:

☐ Maintien à domicile lié aux SCPD compromis à court terme.**CRITÈRES D'EXCLUSION**

- Usager de moins de 65 ans
- Pathologie psychiatrique instable
- Trouble de l'usage de l'alcool ou de drogues
- Usager avec un statut de soins palliatifs
- Suivi cognitif pour usager localisé en CHSLD
- Suivi en remplacement d'un médecin de famille

Nom :

Prénom :

Dossier :

INFORMATIONS À FOURNIR AVEC LA DEMANDE DE CONSULTATION

1- Antécédents médicaux et chirurgicaux

2- Si demande pour troubles cognitifs, fournir l'évaluation de 1^{ère} ligne telle que définie par le plan Alzheimer (**obligatoire***)**

(☐ MMSE* _____ et/ou ☐ MOCA _____ ☐ évaluation de l'infirmière* ☐ dernière note médicale*)

3- Laboratoires requis au DSQ avant la rencontre (< 3 mois)

(Ne pas télécopier les résultats. - simplement s'assurer que les laboratoires ici-bas datent de moins de 3 mois)

☐ FSC ☐ Na+/K+ ☐ Créat ☐ TSH ☐ B12 ☐ Ca2+ ☐ Albumine ☐ Hb A1c ☐ ALT/SGT/Bili

Pour les cas S.C.P.D. ajoutez : ☐ Phosphore ☐ Magnésium ☐ A/C urine

4- Imagerie cérébrale datant de moins de 12 mois si :

détérioration rapide ou TNC Atypique ou examen neurologique anormal ou troubles de l'équilibre ou SCPD

☐ Fait et au DSQ ☐ En attente

5- Usager connu du CLSC : ☐ Non ☐ Oui : pivot au dossier _____

Si non, faire en parallèle une référence au CLSC si une des situations suivantes est présente :

- Usager isolé socialement ou avec problématique psychosociale : référer aux services psychosociaux
- Situation de maltraitance : abus et/ou négligence : référer aux services psychosociaux en urgence
- Usager qui présente une incapacité temporaire et pour qui le maintien à domicile est compromis
- Usager présentant des chutes ou qui est à risque de chute
- Usager avec SCPD (Symptômes comportementaux et psychologique de la démence)

6- Si inquiétude pour la conduite automobile, veuillez intervenir dès maintenant par un signalement à la SAAQ et nous spécifier quel formulaire a été envoyé:

☐ M28 ☐ Déclaration d'inaptitude à conduire

7- Si situation de maltraitance (abus/négligence) ou demande d'évaluation pour mettre en place un régime de protection ou homologuer un mandat en cas d'inaptitude: un travailleur social (au privé ou au public) doit être assigné au dossier avant notre évaluation. Veuillez nous fournir ses coordonnées:

Nom du travailleur social : _____ Lieu de pratique : _____

Téléphone : _____

8- Joindre grilles d'évaluation de comportements si disponible ou tout autre document pertinent.

UNE DEMANDE INCOMPLÈTE ENTRAÎNERA UN RETARD DANS LA PRISE EN CHARGE

➔ ☐ L'utilisateur ou le représentant légal est d'accord avec cette demande et vous autorise à transmettre toute l'information pertinente

Signature du médecin

Nom du médecin en lettres moulées

pratique

Date (aaaa/mm/jj)

Nom de la Clinique / Résidence / GMF

téléphone

télécopieur