



BCE0358

DEMANDE DE CONSULTATION SERVICE AMBULATOIRE GÉRIATRIQUE (SAG)

No de chambre		N° de dossier		
Nom et prénom				
Nom et prénom de la mère				
Nom et prénom du père				
Date de naissance	Age	Sexe	N° assurance maladie	Expiration
Adresse				
Ville		Code postal	Date d'admission	
Installation		Médecin traitant		

Date de la demande : _____

S.V.P. Compléter toutes les sections.

Raison de consultation : _____ (critères d'admission au verso)	
Éléments de dangerosité :	☐ oui (conduite auto, gestion Rx, \$, maintien à domicile compromis, etc.) ☐ non
Atteintes fonctionnelles :	
☐ Aucune	
☐ AVQ (capacité à se laver, s'habiller, se nourrir, incontinence, se déplacer)	
☐ AVD (préparation repas, conduite auto, gestion finances, gestion Rx)	
Besoins et attentes :	☐ Établir un diagnostic ☐ Préciser un diagnostic
	☐ Initier un traitement ☐ Ajuster un traitement

Documents à annexer (si faits < 6 mois. Sinon, les faire)	
Bilan sanguin (derniers 6 mois) : Créatinine, ions glycémie, calcium, TSH, B ₁₂ , albumine, Hb-Ht, ALT	MMSE et MoCa : horloge avec copie si horloge spontanée anormale NE PAS FAIRE SI FAIT ± 6 MOIS
Dosage Rx si pris : lithium, Lanoxin, Acide valproïque, Tégretol, Théophylline, Dilantin (phénytoïne)	ECG SI NON FAIT < 1 AN
Profil pharmacologique récent (Si non disponible, fournir les coordonnées de la pharmacie)	

Client(e) demeure seul(e) :	☐ oui ☐ non	Tél. :	_____
Qui devons-nous contacter pour donner le rendez-vous?	☐ client(e) ☐ aidant(e)	Tél. :	_____
Nom de l'aidant(e) :	Lien : _____		
Connu(e) du CLSC :	☐ oui ☐ non	Intervenant :	_____
Médecin référant :	# Permis :	Tél. : () -	p. _____
Signature :	Date : _____		
N.B. Toute demande incomplète sera retournée au référent et entraînera un délai dans le traitement de la demande.			
<u>Si différent du médecin référant :</u>			
Médecin de famille :	Tél. : () - p. _____		



CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Personne âgée ou ayant un profil gériatrique, nécessitant une évaluation spécialisée par une équipe de professionnels, pour une précision diagnostique ou une opinion thérapeutique, dans un contexte de troubles cognitifs. La problématique cognitive peut être associée à un trouble du langage ou à une diminution d'autonomie non résolue en 1^{re} ligne.

CRITÈRES DE PRIORISATION ET DÉLAI DE PRIS EN CHARGE (0-60 jours)

Prendre note que la demande sera prise en charge dans un délai maximum de 60 jours, et ce, compte tenu des critères de priorisation du service ambulatoire gériatrique.

CRITÈRES D'EXCLUSION

- Personne dont le diagnostic est déjà connu, dont le suivi est assuré par le médecin de famille et qui ne présentent aucune autre problématique particulière;
- Personne dont la problématique est d'ordre psychiatrique connue de longue date sans problématique nouvelle;
- Personne référée uniquement pour la conduite automobile;
- Personne référée uniquement pour l'aptitude à prendre des décisions ou pour l'évaluation de la gestion financière;
- Personne ayant un problème de dépendance et non sobre depuis 3 mois;
- Personne ayant une déficience intellectuelle connue et vieillissante, sans problématique nouvelle;
- Personne avec un TCC sans problématique nouvelle.

Retourner cette demande de consultation au :

Service des rendez-vous
Hôpital de Saint-Georges
CISSS de Chaudière-Appalaches, secteur Beauce
1515, 17^e Rue, Saint-Georges (Québec) G5Y 4T8
Téléphone : 418 228-2031, 418 228-8063
Télécopieur : 418 227-9147