

DEMANDE D'INSCRIPTION
Programme ambulatoire de gériatrie

Nom: _____

R.A.M.Q.: _____ EXP.: _____

dossier HCLM: _____

de tél. maison: _____

Date de la demande: _____

MOTIF DE LA CONSULTATION

Veuillez prendre connaissance des critères d'inscription au programme ambulatoire de gériatrie afin de vous assurer que votre demande soit considérée.

Diagnostic principal : _____

Conditions associées : _____

Renseignements cliniques pertinents : _____

Afin d'effectuer un suivi adéquat, nous avons besoin du nom d'une personne aidante qui sera en mesure d'accompagner le patient au niveau de sa prise en charge.

Nom de l'aidant _____ # tél. résidence _____ # tél. bureau _____

MÉDECIN RÉFÉRANT

Nom du médecin référant en lettres moulées _____ Signature du médecin référant _____ # pratique _____ # téléavertisseur _____

Nom de la clinique ou du CSSS _____ # téléphone de la clinique ou du CSSS _____ # télécopieur de la clinique ou du CSSS _____

Si le médecin référant n'est pas le médecin de famille, complétez cette partie

Nom du médecin de famille en lettres moulées _____ Nom de la clinique ou du CSSS _____ # téléphone de la clinique ou du CSSS _____

☐ Patient sans médecin de famille

Veuillez noter qu'aucune prise en charge post évaluation au programme ambulatoire de gériatrie ne sera faite. Une copie de la consultation ainsi que des recommandations seront envoyées au médecin de famille. Dans le cas où le patient est sans médecin de famille, les documents seront envoyés au médecin référant.

Si le médecin référant n'est pas un médecin oeuvrant à l'hôpital Charles LeMoyne, veuillez vous assurer de joindre les documents suivants avec votre demande

☐ Joindre un résumé de dossier de votre patient

☐ Joindre les résultats des analyses suivantes si moins de 1 an

FSC, ÉLECTROLYTE INCLUANT CALCÉMIE, CRÉATININE, GLYCÉMIE, TSH ET VITAMINE B12

☐ Joindre les résultats des analyses suivantes si moins de 2 ans

CT=SCAN CÉRÉBRAL

Critères d'inscription au programme ambulatoire de gériatrie

⇒ Le patient doit être âgé de 65 ans et plus

⇒ Le patient doit présenter un syndrome gériatrique requérant une évaluation :

- Chute
- Polymédication
- Trouble cognitif
- Polypathologie
- Perte d'autonomie inexpliquée
- Syndrome dépressif

⇒ Le patient ne doit pas nécessiter une hospitalisation

⇒ Le patient ne doit pas être en CHSLD

⇒ Si le patient est référé pour une évaluation cognitive, il doit être abstinent d'alcool depuis au moins 3 mois

Faire parvenir les documents nécessaires ainsi que ce formulaire d'inscription par télécopie au 450-466-5084.

La clinique est ouverte le lundi, mercredi et jeudi de 8h à 16h.

Vous pouvez nous rejoindre au 450-466-5000 poste 3073.