



MR60372

**CONSULTATION –
SERVICES GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS**

Identification de l'utilisateur

Dossier : _____
Nom : _____
Prénom : _____
D.D.N. : _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

RÉFÉRENCE

Date de référence : _____ Médecin référent : _____ Téléphone : _____
AAAA-MM-JJ

Médecin de famille (si différent du médecin référent) : _____ Téléphone : _____

☐ Avisé et en accord avec la demande

Nom de la clinique : _____ Télécopieur : _____

RAISON DE CONSULTATION (problèmes gériatriques identifiés, mode d'apparition, évolution, sévérité)

PRÉCISER VOS BESOINS ET ATTENTES

☐ Établir ou préciser un diagnostic

☐ Initier ou ajuster un traitement

☐ Supporter l'évaluation de l'incapacité en situation complexe

☐ À la personne

☐ Aux biens

☐ À consentir à : _____

Nécessité de mettre en place une mesure de représentation : ☐ Oui ☐ Non

Préciser le besoin de protection : _____

ÉVALUATION DU RISQUE

Milieu de vie : _____ ☐ Vit seul ☐ Vit avec : _____

Maintien à domicile compromis d'ici 3 mois :

☐ Oui

☐ Non

Épuisement du réseau : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

☐ Faible

☐ Modéré

☐ Élevé

Doute de maltraitance : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : _____

Symptômes psychologiques et comportementaux (hallucination, délire, dépression, anxiété, agitation, agressivité, comportement problématique, etc.) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : _____

Perte de poids significative ou dénutrition ☐ Oui ☐ Non

Signes et symptômes neurologiques ou trouble de la mobilité ? (symptômes moteurs, chutes, Parkinson, épilepsie, dysphagie, etc.)

☐ Oui

☐ Non

Si oui, préciser : _____

SERVICES (si connu du référent)

Intervenant pivot ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'intervenant : _____

Nom :

Prénom :

N° dossier :

PERSONNE À CONTACTER POUR LA PRISE DE RENDEZ-VOUS

☐ Usager

☐ Proche

Nom du proche : _____ Téléphone : _____ Lien : _____

PRÉREQUIS

- ☐ Sommaire de l'usager (problèmes actifs, antécédents, antécédents familiaux, habitudes de vie)
- ☐ Notes médicales justifiant la demande et notes complémentaires pertinentes
- ☐ Bilan paraclinique requis datant des six derniers mois (FSC, électrolytes, créatinine, Hba1c, calcium, albumine, TSH, vitamine B12) ☐ Disponible au Dossier santé Québec (DSQ)

Requis supplémentaires pour les troubles neurocognitifs :

- ☐ Rapport d'imagerie médicale cérébrale ☐ Disponible au DSQ
- ☐ Tests cognitifs, au moins un parmi ceux-ci : Mini-Mental State Examination (MMSE)/Folstein, Montreal Cognitive Assessment (MoCa), Horloge
- ☐ Collecte de données initiale de l'infirmière en groupe de médecine familiale (GMF) remplie avec l'usager et le proche aidant (souhaitable)

Requis supplémentaires pour les évaluations de l'inaptitude :

- ☐ Référence au service psychosocial pour déterminer le besoin de représentation/protection
 - ☐ Rapport d'évaluation du fonctionnement social, incluant besoin de protection ou de représentation (si disponible)
- Nom de l'intervenant social : _____

Ligne Aide Maltraitance Adultes Aînés (LAMAA) : 1-888-489-2287

Requis supplémentaires pour les troubles moteurs :

- ☐ Bilan paraclinique requis datant des six derniers mois (magnésium, phosphore) ☐ Disponible au DSQ
- ☐ Rapport d'imagerie cérébrale (souhaitable) ☐ Disponible au DSQ
- ☐ Référence en physiothérapie (souhaitable) ☐ Disponible au DSQ

Requis supplémentaires pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) :

- ☐ Référence au service de soutien à domicile pour approche non pharmacologique pour SCPD

FAIRE PARVENIR À : Guichet unique d'accès aux services gériatriques spécialisés

Par courriel : 04GuichetAccesGeriatrique@ssss.gouv.qc.ca

Par télécopieur : 819 378-9721

Par téléphone : 819 374-7711 poste 41228

Signature du référent : _____ N° de permis : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

Titre d'emploi : ☐ Médecin ☐ Infirmière praticienne spécialisée (IPS) ☐ Autre : _____

<https://ciusssmcq.ca/telechargement/623/abreviations-approuvees-par-le-cmdp/>