



Installation : *Entrer l'installation*

DOSSIER : *Entrer le N° Dossier*

NOM : *Entrer le nom de l'utilisateur*

PRÉNOM : *Entrer le prénom de l'utilisateur*

D.D.N. (aaaa / mm / jj) : *Entrer la date de naissance*

RÉFÉRENCE POUR LE PROGRAMME HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE

Notez que seule une demande remplie et accompagnée des documents obligatoires sera traitée.	
Hôpital de jour visé par la référence	
☐ Hôpital de jour (RLS Champlain) 831, rue Notre-Dame Saint-Lambert (Québec) J4R 1S1 Téléphone : 450 672-3328, poste 7835 Courriel : Hdj.centre.saint-lambert.cssscclm16@ssss.gouv.qc.ca	☐ Hôpital de jour (RLS du Haut-Richelieu-Rouville) 365, rue Normand St-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3A 1T6 Téléphone : 450 359-5555, poste 8738 Courriel : Hopitaldejour.geriatriquest-jean.cissmc16@ssss.gouv.qc.ca
Fiche de l'utilisateur	Fiche du référent
Nom à la naissance : Usager avisé de la référence : ☐ Oui ☐ Non NAM : Date d'expiration : Adresse : Ville : Code Postal : N° de téléphone : Date de naissance : Âge : Nom du/de la conjoint(e) : Vit : ☐ Seul ☐ Avec conjoint ☐ Avec famille ☐ Autre(s), préciser :	Date : Nom : Titre : Numéro de téléphone : ☐ CLSC ☐ Bureau privé ☐ HCLM ☐ HHR ☐ Autre(s), préciser :
	Médecin de famille
	Nom : Clinique : ☐ Médecin avisé (obligatoire). Si une copie de cette requête lui est envoyée, nous le considérons avisé. ☐ Pas de médecin de famille ☐ Inscrit au GAMF
Personne ressource à contacter (obligatoire)	
Nom, prénom :	
Lien :	
N° de téléphone/Cellulaire : Courriel :	
Diagnostics connus	

Nom : *Nom de l'utilisateur*

Prénom : *Entrer le prénom*

Installation : *Installation*

N° de dossier : *N° Dossier*

L'utilisateur est-il connu d'un autre service?	
☐ Oui ☐ Non, préciser :	
☐ CLSC Intervenant pivot : N° de téléphone : ☐ Centre de jour :	☐ Clinique externe de gériatrie : ☐ Psychiatrie : ☐ Clinique Neuro-Rive-Sud ☐ Clinique MoCA
Motif(s) de consultation	
☐ Investigation diagnostique gériatrique (<i>voir problèmes gériatriques ci-dessous</i>)	
☐ Investigation trouble cognitif non diagnostiqué *	
☐ Évaluation de l'aptitude (un complément d'informations pourrait être demandé)	
☐ PEIO (décision prise par le médecin de l'hôpital de jour si admission ou non)	

**Si l'utilisateur est référé pour une évaluation cognitive, il doit être abstinent d'alcool depuis au moins 3 mois.*

Problèmes gériatriques			
☐ Chute / Risque de chute ☐ Délirium aigu récent Date : ☐ Douleur ☐ Dysphagie	☐ Incontinence ☐ Perte d'autonomie ☐ Perte de poids ☐ Poly médication	☐ Troubles cognitifs ☐ Troubles de langage ☐ Troubles de comportement ☐ Autre(s), préciser :	
Informations supplémentaires			
Réservé à l'hôpital de jour			
Date de réception de la demande	Nom du professionnel (<i>en lettres moulées</i>)	Date de traitement	Priorité
Obligatoire d'inclure avec la requête			
☐ Test cognitifs (MMSE) /30 ou autre : ☐ OEMC			
☐ Rapport(s) consultants (gériatrie, ergothérapie, physiothérapie, neurologie, psychiatrie, travail social) si existant(s).			
☐ Résumé du dossier du médecin de famille (liste de médicaments, résultats de tests, rapports d'imagerie médicale, etc.). Si non joint à la référence, envoyer une demande (avec consentement signé) au médecin de famille afin qu'il nous fasse parvenir le résumé de dossier.			