

Hôpital de jour

1800 rue Dessaulles

Saint-Hyacinthe, Québec

J2S 2T2

Tél : (450)-771-3333 poste 798908

Fax : (450)-771-3652

psychogeriatric.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca

Cocher :

Psychogériatrie ☐

Conduite automobile ☐

Neuropsychologie ☐

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom et prénom à la naissance :

Numéro d'assurance maladie :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Nom et prénom du conjoint :

Personne à avertir en cas d'urgence :

Parenté :

Téléphone :

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Vit seul / vit avec :

Milieu de vie :

IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

Téléphone :

TOUT AUTRE PROFESSIONNEL FAISANT LA DEMANDE

Nom :

Adresse :

Téléphone :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX SIGNIFICATIFS

SVP, ajoutez la date si connue

- ☐ Trauma crânien
- ☐ Abus de substances
- ☐ AVC / maladies vasculaires
- ☐ Déficience intellectuelle / TSA
- ☐ Trouble de santé mentale
- ☐ Trouble de personnalité
- ☐ HTA

- ☐ Diabète
- ☐ Dyslipidémie
- ☐ Dysfonctionnement thyroïdien
- ☐ Surdité / cécité
- ☐ Trouble de l'humeur (dépression, trouble anxieux, maladie bipolaire...)

☐ Autres (précisez) :

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

SVP, joindre un résumé de dossier et les résultats de tests de dépistage cognitif antérieur, s'il y a lieu.

Présence de trouble cognitif et évaluation

☐ Orientation au diagnostic en présence de facteurs confondants (faible scolarité, déficit sensoriel, consommation d'alcool et/ou de drogues, aspects culturels, trouble de santé mentale, etc.)

Soutien à l'évaluation de l'aptitude en contexte de déclin cognitif

- ☐ Aptitude biens
☐ Aptitude personne

Soutien à la première ligne en contexte de déclin cognitif

- ☐ Manque de collaboration aux soins
☐ Risques multiples à domicile / maintien à domicile compromis
☐ Troubles d'adaptation, délirants, de l'humeur ou d'anxiété liés au vieillissement
☐ Suspicion d'abus, de négligence, de maltraitance

*Critère d'exclusion pour la consultation en neuropsychologie : Évaluation cognitive d'un trouble psychiatrique seul.

Commentaires / précisions :

ÉTAT MENTAL

Orientation :

Mémoire :

Jugement :

Comportement :

FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ POUR L'USAGER

Date :

Signature :

Titre :