

Installation :



THE0481

DEMANDE DE RÉFÉRENCE EN GÉRIATRIE AMBULATOIRE

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
Adresse		Expiration	
Ville	Code postal	Date d'admission	
Installation	Médecin traitant		

Date :

Telephone

Médecin requérant : _____

Médecin de famille :

Téléphone : () -

Milieu de vie de l'utilisateur :

Personne à contacter : _____

Téléphone : () -

() -

☐ Consultation gériatrique	☐ Hôpital de jour
Évaluation de : Troubles cognitifs, précision aptitude, symptômes dépressifs, polypharmacie, troubles de comportement, delirium, hallucinations, perte d'autonomie, chutes inexplicables... Motifs de consultation et attentes du requérant	Réadaptation de : Perte d'autonomie, trouble de mobilité secondaire à déconditionnement, maladie neurologique (ex : AVC, syndrome parkinsonien...), problèmes musculosquelettiques, syndrome douloureux... Motifs de référence et attentes du requérant
*	*



2018-01-11

THE0481

DEMANDE DE RÉFÉRENCE EN GÉRIATRIE AMBULATOIRE

NOM DE L'USAGER:

N° DE DOSSIER:

Facteurs de risque associés	
☐ Vit seul(e)	
☐ Dangerosité versus maintien à domicile compromis	
☐ Risque d'abus	
☐ Diminution significative de l'autonomie et/ou mobilité	
☐ Épuisement de l'aidant	
☐ Symptômes dépressifs/délirants/comportementaux	
☐ Autres	

Antécédents pertinents :	

Codification priorité	
☐ Priorité 1 - Urgent (1 à 10 jours)	
☐ Priorité 2 - Semi-urgent (2 à 4 sem)	
☐ Priorité 3 - Électif (> 12 sem.)	

Investigations	
Si évaluation cognitive souhaitée; les investigations suivantes sont requises :	
☐ FSC - Glycémie - IONS - Créatinine - THS - Vitamine B12 - Albumine	
☐ ECG	
☐ TACO cérébral (si indiqué)	
Et si disponible :	☐ Folstein ☐ Horloge ☐ MOCA
☐ Collecte de données inf. GMF	

Provenance et cheminement de la demande (réservé à l'établissement)	
☐ Urgence	☐ Unité de soins ☐ Cabinet médecin ☐ CLSC ☐ Autres

Signature : _____

Date : _____