



REG0133

DEMANDE DE SERVICES GÉRIATRIE

- ☐ Hôpital de jour (approche interdisciplinaire) ☐ Psychogériatrie ambulatoire (SCPD / trouble de comportement)
☐ Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFIG) ☐ Clinique externe (consultation en gériatrie)
☐ Conduite Automobile (Demande de la SAAQ requise pour évaluation fonctionnelle en ergothérapie M-57)

Demande présentée par _____ (418) _____ ☐ Md ☐ TS ☐ Inf.

Médecin traitant _____ (418) _____ En accord ☐ Oui ☐ Non

☐ Acceptez-vous au besoin une consultation en gériatrie ☐ Oui ☐ Non

Environnement et réseau social

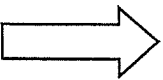
Mode de résidence : ☐ Domicile seul ☐ Domicile avec réseau ☐ Ressource privée : _____
☐ Ressource intermédiaire : _____ ☐ CHDSL : _____

Proche aidant et/ ou personne à rejoindre pour RDV : _____ Lien : _____ Tél : _____

L'usager est-il connu du CLSC? ☐ Oui ☐ Non Personnes ressources : _____ Tél : _____

Motif de référence :

- ☐ Troubles neurocognitifs majeurs 
☐ Programme parkinson
☐ Chutes récurrentes : Nb dans la dernière année : _____
☐ Trouble de la marche et de l'équilibre
☐ Perte d'autonomie
☐ Réadaptation 
Diagnostic : _____

- ☐ Troubles de comportements (SCPD) 

- ☐ Autre : _____

Pré-requis :

- ☐ MMSE et/ou MOCA, TACO cérébral
☐ Bilan démente (FSC, Créat, TSH, B12, Calcium, Glycémie, Électrolytes)
☐ Évaluation en physiothérapie et ergothérapie obligatoire pour une référence à l'URFIG)
☐ Liste de médicaments
☐ Grille de comportement
☐ Plan d'intervention
☐ Examen clinique infirmier

Renseignements cliniques pertinents (Description des SCPD s'il y a lieu) : _____

Signature _____

Date (aaaa/mm/jj) _____

IMPORTANT : DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE

- ☐ Antécédents médicaux ☐ Rapports de consultation(s) médicale(s) (neurologie, gériatrie, psychiatrie, etc)
☐ Résumé de dossier ou autres notes pertinentes

Gériatrie active / Hôpital de jour : Téléphone : 418-544-3381 poste 100355 Télécopieur : 418-544-2310

URFIG La Baie : Téléphone : 418-544-3381 poste 101444 Télécopieur : 418-544-9875

URFIG Roberval : Téléphone : 418-275-0110 poste 2706 Télécopieur : 418-275-1570



**DEMANDE DE CONSULTATION
ONCOGÉRIATRIE**

PRIORITÉ :

- ☐ < 2 semaines
☐ < 1 mois
☐ < 3 mois

Proche aidant : _____

Téléphone proche aidant : _____

Médecin traitant : _____

IPO : _____

Précisions sur le diagnostic :

Type de cancer : _____

Stade du cancer : _____

Traitement envisagé : _____

Traitements alternatifs : _____

Raison de consultation : _____

Date : ____/____/____ Signature référent : _____ Permis : _____

**** LES DEMANDES DOIVENT ÊTRE FAXÉES À LA CLINIQUE EXTERNE DE L'HÔPITAL DE CHICOUTIMI : 418-541-1019 ****