



DT9427

CONSULTATION DIRIGÉE AU MÉDECIN GÉRIATRE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et continuer d'utiliser les corridors de consultation déjà existants : Accueil clinique, cliniques ambulatoires spécialisées de 3^e ligne, cliniques de mémoire, hôpitaux de jour, équipes ambulatoires de gériatrie et psychogériatrie, services externes gériatriques, cliniques de la douleur, les cliniques de chute, équipe SCPD¹, etc.

Nom et prénom de l'usager			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Tout usager devra être accompagné d'un proche aidant (Nom, lien et n° de téléphone obligatoires)	Nom et lien avec l'usager	Ind. rég.	N° de téléphone
---	---------------------------	-----------	-----------------

Ce formulaire s'adresse à une clientèle de 65 ans et plus (principalement âgée de 75 ans et plus)

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois			
Trouble neurocognitif	<input type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur atypique <i>(Prérequis : imagerie cérébrale 6 mois et moins, MOCA ou MMSE)</i>	D	<input type="checkbox"/> Maltraitance ³⁻⁴ : situation d'abus, négligence, etc. <i>(Prérequis : rapport d'évaluation psychosociale, rapport d'imagerie cérébrale ou à prescrire si non réalisé)</i> Nom et téléphone du <u>travailleur social</u> requis à inscrire dans renseignements cliniques	C	
	<input type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur typique : préciser la problématique à évaluer <i>(Prérequis : MOCA ou MMSE, Souhaitable : imagerie cérébrale)</i>	E			
	« Trouble du comportement » SCPD ¹ sans antécédent de maladies psychiatriques (réfractaire aux interventions de l'équipe SCPD de première ligne si disponible) <i>(Prérequis : imagerie cérébrale 6 mois et moins, MOCA ou MMSE)</i>	<input type="checkbox"/> MAD ² potentiellement compromis à court terme	C	<input type="checkbox"/> Perte de poids inexpliquée chez usager > 75 ans après investigation appropriée <i>(Prérequis : rapports pertinents)</i>	D
		<input type="checkbox"/> MAD ² non compromis à court terme	D		<input type="checkbox"/> Polypharmacie potentiellement néfaste/Déprescription <i>(Prérequis : profil pharmacologique à jour)</i> Indiquer si plus d'une pharmacie : _____
	<input type="checkbox"/> Chutes récurrentes non syncopales inexpliquées <i>(Souhaitable : rapport d'évaluation en physiothérapie)</i>	C		<input type="checkbox"/> Trouble de la marche et de l'équilibre <i>(Souhaitable : rapport d'imagerie cérébrale, rapport d'évaluation en physiothérapie)</i>	D

<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique <i>(justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :</i>	Priorité clinique
--	-------------------

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires Joindre ATCD, médication, investigation, autre(s) consultation(s)	Si prérequis exigé(s) :
MMSE : _____ ou MOCA : _____	<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ
	<input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande
	<input type="checkbox"/> Examen(s) prescrit(s)

Milieu de vie de l'usager (détails) :

Intervenant principal au CLSC	Nom	Ind. rég.	N° de téléphone
--------------------------------------	-----	-----------	-----------------

Identification du médecin référent et du point de service	Estampe
Nom du médecin référent	
N° de permis	
Ind. rég. N° de téléphone N° de poste Ind. rég. N° de télécopieur	
Nom du point de service	

Signature	Date (année, mois, jour)
------------------	--------------------------

Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille	Référence nominative (si requis)
Nom du médecin de famille	Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier
Nom du point de service	

Légende

¹ SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

² MAD : maintien à domicile

³ Maltraitance : « *Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée.* » (Ministère de la Famille, Gouvernement du Québec, 2012).

⁴ Ligne téléphonique provinciale d'écoute et de référence spécialisée en matière de maltraitance envers les personnes aînées : Aide Abus aux aînés (AAA) : 1 888 485-ABUS

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'utilisateur vers l'urgence

- Délirium ou altération de l'état d'éveil
- Personne âgée présentant une dangerosité immédiate et significative affectant sa sécurité ou celle de son entourage
- Chute avec séjour prolongé au sol ou incapacité significative à se déplacer