

CONSULTATION EN GÉRIATRIE GÉNÉRALE
ET SPÉCIALISÉE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso

CRV

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 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 (Souhaitable : imagerie cérébrale 6 mois et moins, MOCA ou MMSE)	D	<input type="checkbox"/> Chutes récurrentes non syncopales inexpliquées	C	
	<input type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur typique : préciser la problématique à évaluer (Souhaitable : MOCA ou MMSE, imagerie cérébrale)	E	<input type="checkbox"/> Maltraitance ³⁻⁴ : situation d'abus, négligence, etc. (Obligatoire : Faire référence au CLSC pour travailleur social contexte maltraitance / abus)	C	
	« Trouble du comportement » SCPD ¹ sans antécédent de maladies psychiatriques (réfractaire aux interventions de l'équipe SCPD de première ligne si disponible)	<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	D
		<input type="checkbox"/> MAD ² non compromis à court terme	D	<input type="checkbox"/> Polypharmacie potentiellement néfaste/déprescription	D
			<input type="checkbox"/> Trouble de la marche et de l'équilibre (Souhaitable : rapport d'imagerie cérébrale)	D	

GÉRIATRIE SPÉCIALISÉE

Évaluation gériatrique globale pré-intervention (pré-chirurgie, pré-chimiothérapie ou toute autre intervention) Priorité clinique

Préciser l'intervention : _____

- Date prévue de l'intervention : _____

- Alternatives de traitements si disponibles (ex. radiothérapie palliative) : _____

- Spécifier pronostic du patient : avec traitement : _____
sans traitement (ou avec alternative) : _____

- Si chirurgie prévue : anesthésie générale envisagée : oui non
chirurgie d'un jour : oui non, durée prévue d'hospitalisation : _____

Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (Justification OBLIGATOIRE ci dessous) : Priorité clinique

Impression diagnostique et renseignements cliniques

MMSE ou MOCA (si disponible) : _____ Date : _____

Identification du médecin référent et du point de service					Etampe
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 : Idem au médecin référent 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 ou garder l'utilisateur à l'hôpital (urgence ou hospitalisation)

- 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

Transmettre cette requête par télécopieur au (à l'interne faire le 9 avant) : 1 833 669-2400