



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<sup>e</sup> 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 SCPD<sup>1</sup>, 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			

<b>Tout usager devra être accompagné d'un proche aidant</b> (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			
<b>Trouble neurocognitif</b>	<input type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur atypique <i>(Prérequis : imagerie cérébrale 6 mois et moins, MOCA ou MMSE)</i>	<b>D</b>	<input type="checkbox"/> Maltraitance <sup>3-4</sup> : 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	<b>C</b>	
	<input type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur typique : préciser la problématique à évaluer <i>(Prérequis : MOCA ou MMSE, Souhaitable : imagerie cérébrale)</i>	<b>E</b>			
	« Trouble du comportement » SCPD <sup>1</sup> 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 <sup>2</sup> potentiellement compromis à court terme	<b>C</b>	<input type="checkbox"/> Perte de poids inexpliquée chez usager > 75 ans après investigation appropriée <i>(Prérequis : rapports pertinents)</i>	<b>D</b>
		<input type="checkbox"/> MAD <sup>2</sup> non compromis à court terme	<b>D</b>		<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>	<b>C</b>		<input type="checkbox"/> Trouble de la marche et de l'équilibre <i>(Souhaitable : rapport d'imagerie cérébrale, rapport d'évaluation en physiothérapie)</i>	<b>D</b>

<input type="checkbox"/> <b>Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique</b> <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) :
---------------------------------------

<b>Intervenant principal au CLSC</b>	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		

<b>Signature</b>	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

<sup>1</sup> SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

<sup>2</sup> MAD : maintien à domicile

<sup>3</sup> 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 âgée.* » (Ministère de la Famille, Gouvernement du Québec, 2012).

<sup>4</sup> Ligne téléphonique provinciale d'écoute et de référence spécialisée en matière de maltraitance envers les personnes âgées : 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