

DEMANDE D'INSCRIPTION

Programme ambulatoire de gériatrie

Nom: _____

R.A.M.Q.: _____ EXP.: _____

dossier HCLM: _____

de tél. maison: _____

Date de la demande: _____

MOTIF DE LA CONSULTATION

Veillez prendre connaissance des critères d'inscription au programme ambulatoire de gériatrie afin de vous assurer que votre demande soit considérée.

Diagnostic principal : _____

Conditions associées : _____

Renseignements cliniques pertinents : _____

Afin d'effectuer un suivi adéquat, nous avons besoin du nom d'une personne aidante qui sera en mesure d'accompagner le patient au niveau de sa prise en charge.

_____ # tél. résidence _____ # tél. bureau _____

MÉDECIN RÉFÉRANT

_____ Signature du médecin référent _____ # pratique _____ # téléavertisseur _____

_____ # téléphone de la clinique ou du CSSS _____ # télécopieur de la clinique ou du CSSS _____

Si le médecin référent n'est pas le médecin de famille, complétez cette partie

_____ Nom du médecin de famille en lettres moulées _____ Nom de la clinique ou du CSSS _____ # téléphone de la clinique ou du CSSS _____

Patient sans médecin de famille

Veillez noter qu'aucune prise en charge post évaluation au programme ambulatoire de gériatrie ne sera faite. Une copie de la consultation ainsi que des recommandations seront envoyées au médecin de famille. Dans le cas où le patient est sans médecin de famille, les documents seront envoyés au médecin référent.

Si le médecin référent n'est pas un médecin oeuvrant à l'hôpital Charles LeMoyne, veuillez vous assurer de joindre les documents suivants avec votre demande

Joindre un résumé de dossier de votre patient

Joindre les résultats des analyses suivantes si moins de 1 an

FSC, ÉLECTROLYTE INCLUANT CALCÉMIE, CRÉATININE, GLYCÉMIE, TSH ET VITAMINE B12

Joindre les résultats des analyses suivantes si moins de 2 ans

CT=SCAN CÉRÉBRAL

Critères d'inscription au programme ambulatoire de gériatrie

⇒ Le patient doit être âgé de 65 ans et plus

⇒ Le patient doit présenter un syndrome gériatrique requérant une évaluation :

- Chute
- Polymédication
- Trouble cognitif
- Polypathologie
- Perte d'autonomie inexplicée
- Syndrome dépressif

⇒ Le patient ne doit pas nécessiter une hospitalisation

⇒ Le patient ne doit pas être en CHSLD

⇒ Si le patient est référé pour une évaluation cognitive, il doit être abstinent d'alcool depuis au moins 3 mois

Aucune référence pour des évaluations d'aptitude pour les formulaires CTSMF ne sera faite

Faire parvenir les documents nécessaires ainsi que ce formulaire d'inscription par télécopie au 450-466-5049

Les heures d'ouverture sont de 8 h à 16 h, du lundi au vendredi.

Ce formulaire est disponible sur le <http://www.santemonteregie.qc.ca/hclm/documentation> puis cliquer sur le F

Pour joindre le secrétariat 450-466-5000 poste 4234 option 2