

RENSEIGNEMENT GÉNÉRAUX

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Ville :		Code postal :	Téléphone :
DDN :	Âge :		
Provenance de l'utilisateur :	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Résidence type familiale (RTF) <input type="checkbox"/> Résidence avec services <input type="checkbox"/> Résidence sans service <input type="checkbox"/> Résidence intermédiaire (RNI) <input type="checkbox"/> CHSLD et RI		
Habite : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aidant et en bonne santé <input type="checkbox"/> Avec aidant en perte d'autonomie <input type="checkbox"/> _____			
Personne à contacter :		Lien :	Téléphone :
Médecin traitant :			Téléphone :
# permis :			Télécopieur :
Médecin référent :			Téléphone :
# permis :	Signature		Télécopieur :

Veuillez noter qu'il y a une possibilité de consultation téléphonique médicale ou professionnelle sur rendez-vous. Communiquez avec le secrétariat du PRAG : 450-978-8363.

MOTIF(S) DE RÉFÉRENCE : SI URGENT, justification : _____

1. Consultation à l'équipe interdisciplinaire pour évaluation gériatrique globale

- Problèmes cognitifs, précisez * : _____
* Résultat MMSE : _____/30 Date : _____
- Trouble de comportement, précisez : _____
- Troubles psychiatriques récents (humeur / anxiété / dépression) : _____
- Éléments de dangerosité-risque pour la personne et son entourage, précisez : _____
- Évaluation de l'aptitude, précisez la problématique : _____
- Autres, précisez : _____

OU

2. Consultation spécifique à un professionnel (sans évaluation médicale), précisez la problématique

- Évaluation de l'aptitude à conduire un véhicule routier en ergothérapie* : _____
* Prérequis obligatoire : copie du formulaire M-28 SAAQ complété et lettre reçue de la SAAQ
- Évaluation fonctionnelle en ergothérapie : _____
- Évaluation en neuropsychologie : _____
- Évaluation en psychoéducation : _____
- Évaluation infirmière en psychogériatrie : _____
- Évaluation en pharmacie : _____

SIGNE(S) ET SYMPTÔMES(S) OBSERVÉ(S) (afin de faciliter le processus de priorisation)

Difficultés dans les activités de la vie quotidienne :

S'alimenter Gérer ses médicaments S'habiller Faire son hygiène Élimination Dormir

Difficultés dans les activités de la vie domestique :

Commissions Conduite automobile Entretien du domicile Faire les repas Utiliser le téléphone Gérer finances

Atteinte des fonctions cognitives : _____ Détérioration récente < 6 mois : _____

Hallucinations / Illusions / Délire : _____

Idées suicidaires : _____

Problème musculo-squelettique : _____

Douleur : _____

Problème psycho-social important : _____

Retrait social / méfiance : _____

Trouble de la parole / du langage : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERTINENTS À LA DEMANDE DE CONSULTATION

(ou joindre une copie de la liste des ATCD de l'utilisateur)

Trauma crânien : Oui _____ Non inconnu **ACV / ICT :** Oui _____ Non inconnu

Troubles de dépendances : Oui Non inconnu **Dépression :** Oui _____ Non inconnu

Chute/trouble mobilité dans la dernière année : Oui, précisez : _____ Non inconnu

Visite à l'urgence dans la dernière année : Oui, précisez motif : _____ Non

MÉDICAMENTS (joindre la liste des médicaments) / Doute sur l'observance : Oui Non

RAPPORTS À JOINDRE :

- Bilan sanguin < 6 mois
- ECG
- Évaluations spécialistes
- CT Scan / IRM Cérébrale (si indiqué)
- MMSE ou MOCA
- Autres examens pertinents (ex. : grille comportementale)

NB : LES DEMANDES INCOMPLÈTES NE SERONT PAS TRAITÉES ET VOUS SERONT RETOURNÉES.

Télécopier ce formulaire au guichet d'accès SAPA : 450-967-1803

Si besoin, communiquer avec le secrétariat du guichet d'accès SAPA : 450-668-1804, poste 44026