



DT0760

Demande de consultation
PROGRAMME RÉGIONAL AMBULATOIRE DE GÉRIATRIE (PRAG)

Installation : 1515, boul. Chomedey

IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____ SEXE : F M

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ TÉL. : _____

DATE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

N.A.M. : _____ EXP. : ____ / ____

Identification du médecin référent

Nom du médecin référent :

No permis :

No de téléphone et poste :

No de télécopieur :

Signature :

Date :

Nom du médecin de famille : _____ Usager sans médecin de famille Même que médecin référent

Type de demande de consultation

Évaluation gériatrique globale (médecin, neuropsychologue, ergothérapeute, infirmière clinicienne ou pharmacienne selon pertinence)

À la carte :

Neuropsychologue

Ergothérapeute

Équipe SCPD

(Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence)

Provenance de l'utilisateur

Domicile

Préciser s'il vit seul

Résidence privée pour aînés _____

Ressource intermédiaire (RI) _____

CHSLD

Aidant principal : devra accompagner le patient au rendez-vous

Nom : _____

No de téléphone : _____

Motif de référence

Trouble neurocognitif typique* (*préciser la problématique à évaluer*)

Prérequis : MOCA/MMSE, imagerie cérébrale (faite ou à venir)

Trouble neurocognitif atypique*

Prérequis : MOCA/MMSE, imagerie cérébrale (faite ou à venir)

Trouble du comportement lié à la démence (SCPD)*

Souhaitable : notes évolutives et grilles de comportement

Trouble de la marche et de l'équilibre ou chute inexplicée

Souhaitable : consultation en physiothérapie et imagerie pertinente

Polypharmacie

Évaluation de la conduite automobile en lien avec des troubles cognitifs

Prérequis : formulaire M-28 envoyé à la SAAQ

Perte de poids inexplicée après investigation appropriée

Prérequis : rapports des investigations

Évaluation de l'aptitude complexe en lien avec trouble neurocognitif majeur

Prérequis : évaluation psychosociale du patient réalisée et MOCA/MMSE

Spécifier le motif de l'aptitude à évaluer (biens, personne, exercice des droits civils, etc.) et la nature de la problématique

***Voir critères d'admissibilité et d'exclusion au verso**

Si votre patient ne correspond pas à ces critères, vous devez justifier votre demande.

Obligatoire : Précision de la demande et renseignements cliniques

Pour toute demande :

- Le patient doit avoir eu un bilan sanguin dans les derniers 6 mois (FSC, créat., électrolytes, calcium, albumine, glucose, TSH, B12)
- Transmettre une copie du dossier médical pertinent du patient, une liste de ses médicaments ainsi que les évaluations professionnelles déjà réalisées.

Transmettre la demande par télécopieur au 450 967-1803. Pour toute information, communiquer au 450 978-8363.

Demande de consultation
PROGRAMME RÉGIONAL AMBULATOIRE DE GÉRIATRIE (PRAG)

Services offerts : consultation, suivi à court terme et recommandations (aucune prise en charge)

La priorisation des demandes se fera selon les critères du PRAG et l'analyse des informations fournies

***Critères d'admissibilité**

- 65 ans et plus
- Présence d'un syndrome gériatrique (troubles cognitifs, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, trouble de la marche et de l'équilibre, polypharmacie, perte de poids inexplicée)
- Référence par un médecin

***Critères d'exclusion**

- Delirium ou condition médicale instable¹
- Troubles du comportement avec dangerosité immédiate¹
- Évaluation d'une condition psychiatrique aiguë ou chronique (incluant les troubles de personnalité)
- Trouble lié à l'usage de l'alcool ou trouble lié à l'usage de substances
- Déficience intellectuelle, évaluation pour TDAH
- TCC ou séquelles cognitives d'intervention neurochirurgicale
- Expertise légale (retour ou aptitude au travail, comparution à la cour)
- Référence pour soutien à domicile²

Légende :

¹ Référer à l'urgence

² Référer au CLSC (SAD) pour toute évaluation de la sécurité à domicile

Transmettre la demande par télécopieur au 450 967-1803. Pour toute information, communiquer au 450 978-8363.