



Reset Form



ÉQUIPE DE CONSULTATION POUR LES AÎNÉS – FORMULAIRE D'AIGUILLAGE

Remarque: Il ne s'agit pas d'un service d'intervention en cas de crise, ni d'un service d'urgence.



OUI NON

DATE D'AIGUILLAGE (JOUR/MOIS/ANNÉE): _____

NOM DU (DE LA) CLIENT(E) : _____ SEXE : M F

DATE DE NAISSANCE: _____ ÂGE: _____
(JOUR/MOIS/ANNÉE)

NUMÉRO D'IDENTIFICATION PERSONNELLE: _____ NUMÉRO D'IMMATRICULATION: _____

ADRESSE: _____
(NOM DE RUE/CASE POSTALE) (VILLE/VILLAGE) (PROVINCE) (CODE POSTAL)

TÉL. (DOMICILE): _____ CELL. : _____ PERMISSION DE LAISSER UN MESSAGE VOCAL? OUI NON

MÉTHODE DE CONTACT PRÉFÉRÉE: _____ STATUT D'AUTOCHTONE: OUI NON

LE(LA) CLIENT(E) EST-IL(ELLE) AU COURANT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET SERAIT-IL(ELLE) PRÊT(E) À Y AVOIR RECOURS?
 OUI NON

SOURCE D'AIGUILLAGE: _____

SOI-MÊME FAMILLE MÉDECIN _____ AUTRE _____

TÉL. : _____ TÉLÉC. : _____

ADRESSE: _____
(NOM DE RUE/CASE POSTALE) (VILLE/VILLAGE) (PROVINCE) (CODE POSTAL)

SERVICES D'INTERPRÉTATION (disponibles, au besoin) : LANGUE : _____

PERSONNE-RESSOURCE: _____ LIEN: _____ TÉL. : _____

LA PERSONNE-RESSOURCE EST-ELLE AU COURANT DE L'AIGUILLAGE? OUI NON

POUR FIXER UN RENDEZ-VOUS, TÉLÉPHONER: AU(À LA) CLIENT(E) À LA PERSONNE-RESSOURCE

LE(LA) CLIENT(E) VIT : SEUL(E) AVEC SA FAMILLE DANS UN LOGEMENT SUPERVISÉ

DANS UN FOYER DE SOINS PERSONNELS À L'HÔPITAL

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT: _____ DATE D'ADMISSION: _____

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE: _____ TÉL. : _____ TÉLÉC. : _____

AUTRES INTERVENANTS (soins à domicile, curateur public, psychiatre, etc.): _____ Le

(la) client (e) a-t-il (elle) un mandataire ou fondé de pouvoir? Oui Non Incertain(e)

Si oui, qui: _____ Tél. (jour) : _____

S'il s'agit d'une urgence en matière de santé mentale, veuillez composer le
1 888 617-7715 ou allez au service d'urgence de votre hôpital local.

RAISON DE L'AIGUILLAGE: (veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

Gériatrie

- Déclin fonctionnel
- Gestion des médicaments
- Perte de poids/Nutrition
- Incontinence
- Constipation
- Mobilité/Démarche
- Chute
- Déclin psychosocial
- Sécurité à domicile
- Douleur
- Troubles médicaux complexes

Facteurs de risqué connexes

- Fardeau/stress impose aux aidants
- Errance
- Mauvais traitements
- Pensées suicidaires/Tentatives de suicide
- Comportement agressif

Autres

- Conduite d'automobile
- Planification future
- Préoccupations à l'égard des Compétences (veuillez préciser)
- Confusion aiguë/Délires
- Changements cognitifs/Perte de mémoire
- Autre (veuillez documenter par écrit)

Santé mentale gériatrique

- Troubles de santé mentale/Diagnostic
- Hallucinations
- Délires
- Abus/Mésusage des substances
- Dépression
- Changements de comportement
- Démence
- Logement
- Agitation
- Manie
- Changements de personnalité récents
- Anxiété
- Changements au niveau de la mémoire

Question d'ordre clinique à l'intention de l'équipe:

DURÉE DU PROBLÈME: <2 semaines de 2 à 4 semaines de 4 semaines à 6 mois > 6 mois

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI REMPLIT CE FORMULAIRE: _____

Liste de vérification – Documentation à joindre au formulaire

**** Veuillez acheminer les résultats des analyses sanguines les plus récentes et de tout autre examen subi (p. ex. tomographie, ECG). EN L'ABSENCE D'ANALYSES DE SANG/D'URINE AU COURS DU DERNIER MOIS, ON RECOMMANDE LES TESTS SUIVANTS :**

<input type="checkbox"/> HÉMOGRAMME COMPLET	<input type="checkbox"/> ELECTROLYTES	<input type="checkbox"/> FONCTION HÉPATIQUE (AST, ALT, GGT, ALP, BILI)	
<input type="checkbox"/> CRÉATININE/AUS	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> ALBUMINE	<input type="checkbox"/> URINE (COURANTE ET MICROSCOPIE, CULTURE ET ANTIBIOGRAMME)
<input type="checkbox"/> CALCIUM/MAGNÉSIUM/PHOSPHATE	<input type="checkbox"/> B12	<input type="checkbox"/> GLYCÉMIE À JEUN	<input type="checkbox"/> PROFIL LIPIDIQUE À JEUN (si indiqué)



À titre d'information

À JOINDRE : (si pertinent à l'aiguillage)

- Antécédents médicaux
- Notes sur la progression récente (précisant la raison de l'aiguillage)
- Liste des médicaments
- Rapports/lettres des médecins
- Résumé de sortie de l'hôpital
- Rapports de consultation des spécialistes
- Rapports des analyses sanguines récentes
- Rapports des analyses/cultures d'urine récentes
- Rapports de radiographie
- Rapports de neuroimagerie
- Mini-examen de l'état mental normalisé
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- Échelle de dépression gériatrique
- Évaluations fonctionnelles
- Dementia Observation System (DOS)
- Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield
- Évaluation PIÈCES – feuille de travail

Santé mentale gériatrique

La santé mentale gériatrique porte sur l'évaluation, le diagnostic et le traitement des troubles de santé mentale complexes qui se manifestent que tard dans la vie.

Gériatrie

La gériatrie est la branche de la médecine qui porte sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les aspects sociaux de la maladie chez les aînés.

Unité des troubles du comportement – Salem Home

Cette unité de 9 lits accueille les résidents d'un foyer de soins personnels ou les patients qui sont en attente de placement dans un foyer de soins personnels dont le comportement pose des risques pour eux-mêmes ou les autres. Les soins sont prodigués à court terme par une équipe formée d'un psychiatre gériatrique, d'un médecin, d'un psychologue, d'un personnel infirmier en psychiatrie et de préposés aux soins.

Soins spéciaux – Heritage Life

Ce environnement de 20 lits accueille des patients ayant reçu un diagnostic de démence et dont les troubles du comportement compromettent leur capacité à intégrer de façon sécuritaire un foyer de soins personnels. L'environnement fournit des soins interdisciplinaires qui incorporent la politique de soins non forcés, mettant l'accent sur les stratégies de gestion du comportement.

**VEUILLEZ ENVOYER CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI PAR TÉLÉCOPIEUR,
AINSI QUE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE, AU (204) 346-9194.**

****** Tout renseignement manquant retardera le processus d'aiguillage. ******



CE DOCUMENT EST AUSSI DISPONIBLE EN ANGLAIS.

(Pour usage interne seulement) À L'INTENTION DE: Gériatrie _____ Santé mentale _____ Salem Home _____ Heritage Life _____

**S'il s'agit d'une urgence en matière de santé mentale, veuillez composer le
1 888 617-7715 ou allez au service d'urgence de votre hôpital local.**