

# SERVICES GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS

## FORMULAIRE DE CONSULTATION (MÉDECINE GERIATRIQUE)

Téléphone: 613-761-4145 | Télécopieur: 613-761-5388

Date:

### RENSEIGNEMENT CLÉ

- Le client sera trié vers le service le plus approprié en fonction des problèmes gériatriques actuels, des temps d'attente et de l'urgence
- Si votre préoccupation principale concerne la santé mentale ou des comportements associés à la démence, communiquez avec le Triage central des services de gérontopsychiatrie par téléphone au 613-562-9777 ou par télécopieur au 613-562-0259.

Le client consent à ce que des renseignements à son sujet soient communiqués à d'autres  OUI Autrement, la demande ne peut pas être traitée.

### RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

Nom de famille:	Prénom:	Sexe: H    F	DDN:	Âge:
Adresse:		Ville:		Code postal:
Téléphone:	N° de carte d'assurance-santé de l'Ontario:		Langue:    A    F <input type="checkbox"/> Autre:	

### MOTIFS DE LA DEMANDE

<input type="checkbox"/> Cognition – si déjà évaluée, indiquez la date et l'endroit: _____  Chutes Évaluation fonctionnelle Mobilité Humeur	<input type="checkbox"/> Revue des médicaments <input type="checkbox"/> Polypharmacie <input type="checkbox"/> Déprescription <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Stress de l'aidant naturel <input type="checkbox"/> Conduite d'un véhicule <input type="checkbox"/> Risques/préoccupations au sujet de la sécurité	<input type="checkbox"/> Autre:
--	--	---------------------------------

### COORDONNÉES D'UNE PERSONNE-RESSOURCE

Nom:	Lien avec le client:	Téléphone:
------	----------------------	------------

Veuillez communiquer avec:    le client    la personne-ressource

### FOURNISSEUR DE SOINS PRIMAIRES    NOM ET NUMÉRO DE FACTURATION:

Nom:	Téléphone:	Télécopieur:
------	------------	--------------

### SOURCE DE LA DEMANDE    FOURNISSEUR DE SOINS PRIMAIRES, TEL QU'INDIQUÉ CI-DESSUS

Nom:	Service:	Téléphone:	Télécopieur:
------	----------	------------	--------------

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX IMPORTANTS**    Pour accélérer le triage; veuillez joindre le profil cumulatif du patient, des analyses de sang récentes et pertinentes, les résultats d'imagerie diagnostique et les antécédents médicaux.

--	--	--

Renseignements supplémentaires, dont les objectifs et les attentes:

Service Préférez     Hôpital de jour     Équipes mobiles d'évaluation gériatrique

GeriMedRisk (Service de consultation téléphonique / électronique pour les cas complexes nécessitant un soutien en psychiatrie gériatrique et / ou en pharmacologie clinique)