

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom de la mère : _____

RÉFÉRENCE AU SERVICE DE GÉRIATRIE ET DE PSYCHOGÉRIATRIE DURANT LA COVID-19

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Adresse : _____ Tél. : _____
 Ville : _____ Code postal : _____ État civil : _____
 Proche aidant : _____ Lien : _____
 Tél. : _____ 2^e tél. : _____
 Intervenant pivot : _____ Tél. : _____
 Milieu de vie : ☐ Domicile ☐ Seul ☐ Avec soutien d'un proche ☐ RPA ☐ RI-RTF ☐ CHSLD

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE PONCTUEL EN RI-RTF ET RPA

*Intervention d'accompagnement auprès des usagers ou
des équipes présentant de l'anxiété ou de la détresse
psychologique en lien avec la COVID-19*

Critères d'exclusion :

- ☐ Détresse psychologique nécessitant une intervention de crise
- ☐ Trouble neurocognitif majeur modéré à sévère

Motifs de référence :

- ☐ Soutien psychologique auprès de l'utilisateur en lien avec la COVID-19
- ☐ Gestion de l'anxiété auprès de l'utilisateur en lien avec la COVID-19
- ☐ Gestion de l'anxiété auprès de l'équipe (des interventions préalables doivent avoir été faites)

Description du besoin : _____

Interventions tentées : _____

ÉQUIPE SCPD

(Infirmière clinicienne et TES)

*Intervention et accompagnement en situation de SCPD
par une approche non pharmacologique dans le milieu de
vie de l'utilisateur*

Critères :

- ☐ Diagnostic connu, spécifiez : _____
- ☐ Intervenant pivot au dossier

Motifs de référence :

- ☐ Obtenir des suggestions thérapeutiques
- ☐ Approche non pharmacologique
- ☐ Recommandations sur le milieu de vie à privilégier
- ☐ Support aux aidants
- ☐ Refus de service

Description du comportement : _____

***SEULES LES DEMANDES PRIORITAIRES SERONT TRAITÉES DURANT LA PANDÉMIE**

Nom :

Prénom :

#Dossier :

FACTEURS DE RISQUE

Biologiques :	☐ Hygiène	☐ Malnutrition	☐ Médicaments	☐ Chutes répétées
Précisez : _____				
Psychologiques :	☐ Dépression	☐ Déficit cognitif	☐ État psychotique	☐ Trouble de comportement
Précisez : _____				
Liés à la sécurité :	☐ Environnement	☐ Abus/négligence	☐ Risque d'incendie	☐ Conduite automobile
	☐ Fugue	☐ Agressivité :	☐ verbale	☐ physique
Précisez : _____				
Sociaux :	☐ Milieu épuisé	☐ Isolement / peu de ressources	☐ Risque d'hospitalisation	
Précisez : _____				

RÉFÉRENT

Médecin référent : _____	Lieu de pratique : _____	Tél : _____
Référent et titre : _____ (Si autre qu'un médecin)	Lieu de pratique : _____	Tél : _____
Médecin de famille : _____ (Si autre que le médecin référent)	Lieu de pratique : _____	Tél : _____
Signature et titre : _____		Date : _____

aaaa-mm-jj

DOCUMENTS À ANNEXER

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE PONCTUEL EN RI-RTF ET RPA

Aucun document

ÉQUIPE SCPD

OBLIGATOIRE

☐ Liste des antécédents médicaux/chirurgicaux

SI DISPONIBLES

☐ Rapports de consultation médicale

☐ Tests cognitifs (MMSE, MoCA, etc.)

☐ Profil pharmacologique à jour

TRANSMETTRE LA RÉFÉRENCE DÛMENT COMPLÉTÉE AINSI QUE LES DOCUMENTS REQUIS À :

La Clinique ambulatoire de gériatrie et de psychogériatrie
CLSC et Centre ambulatoire de Vaudreuil-Dorion
3031, boulevard de la Gare
Vaudreuil-Dorion (Québec) J7V 9R2

Téléphone : 450 455-6171, poste 71373

Télécopieur : 450 455-5053

***SEULES LES DEMANDES PRIORITAIRES SERONT TRAITÉES DURANT LA PANDÉMIE**