Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

Installation : _____

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

DEMANDE DE SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS DE GÉRIATRIE (SASG)

☐ Clinique intégrée de gériatrie spécialisée (CIGS) – volet gériatrie : Ne pas remplir ce formulaire, mais consultez l'annexe pour connaître les documents à joindre à votre demande. Veuillez remplir le formulaire CRDS – gériatrie

☐ Clinique intégrée de gériatrie spécialisée (CIGS) – volet neurologie cognitive

☐ Équipe SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence)

Voir critères d'inclusion et exclusion en annexe

RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGER		
Adresse de l'usager :		Courriel :
Ville :	Code postal :	Cellulaire :
Nom du proche aidant :	Usager sans proche aidant ☐	Tél. domicile :
Courriel :		Cellulaire :
Nom du représentant légal :	Usager sans représentant légal ☐	Tél. domicile :
Courriel :		Cellulaire :
Nom du médecin de famille :	Usager sans médecin de famille ☐	Coordonnées :
Nom de l'intervenant pivot au dossier :	Usager sans intervenant pivot ☐	Coordonnées :
Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre :		
Milieu de vie : ☐ Domicile ☐ Seul ☐ Avec aidant ☐ RI ☐ RPA ☐ CHSLD Nom de la résidence :		

MOTIF DE LA RÉFÉRENCE : *Veuillez décrire le motif de la référence*

DÉMARCHES ENTREPRISES : *Veuillez décrire ce qui a été fait, jusqu'à présent, pour répondre au besoin*

SERVICES PERTINENTS REÇUS ACTUELLEMENT ET ANTÉRIEUREMENT (si connus)		
DATES	**NOM DU PROFESSIONNEL ET TITRE D'EMPLOI** (audiologie, service social, psychoéducation, ergothérapie, orthophonie, nutrition, neurologue, etc.)	**ORGANISME/ÉTABLISSEMENT**

Nom, Prénom : Dossier :

PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE OU MENTALE CONNUS OU EN INVESTIGATION : *Veuillez notamment préciser les diagnostics connus pertinents (depuis quand?)*

MÉDICATION : ☐ Aucune médication

Veuillez énumérer les médicaments actuels et antérieurs (si connus)

NOM DES MÉDICAMENTS	POSOLOGIE	ACTUEL	ANTÉRIEUR	DATE
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	

ATTENTES FORMULÉES PAR L'USAGER / PROCHE AIDANT / REPRÉSENTANT LÉGAL

ATTENTES FORMULÉES PAR LE RÉFÉRENT

AUTRES COMMENTAIRES

SECTION ADDITIONNELLE À REMPLIR POUR UNE RÉFÉRENCE VERS L'ÉQUIPE SCPD	
DESCRIPTION DES SCPD *Cochez et spécifiez les comportements présents.*	
☐ Agitation verbale non agressive (demandes répétées, gestes ou sons répétitifs).	Spécifiez :
☐ Agitation verbale agressive (menaces, cris, blasphèmes, propos hostiles).	Spécifiez :
☐ Symptômes psychologiques (idéations suicidaires, idées délirantes, hallucinations, trouble d'humeur, anxiété).	Spécifiez :
☐ Agitation physique non agressive (risque de fugue, risque d'incendie, cracher, refus Rx, errance intrusive, hygiène négligée, résistance aux soins).	Spécifiez :
☐ Désinhibition (comportements sexuels inappropriés, uriner/déféquer de façon inappropriée).	Spécifiez :
☐ Agitation physique agressive (frapper, mordre, agripper) dirigée envers les résidents, les aidants, les employés, l'environnement.	Spécifiez :

Nom, Prénom : Dossier :

SECTION ADDITIONNELLE À REMPLIR POUR UNE RÉFÉRENCE VERS LA CIGS – VOLET NEUROLOGIE COGNITIVE *Cochez les symptômes présents*	
TROUBLES FONCTIONNELS	
☐ Conduite automobile questionnable	☐ Ne peut effectuer seul ses AVQ
☐Ne peut effectuer seul ses AVD	☐ Autres (précisez) :
TROUBLES COGNITIFS	
☐ Difficultés mémoire court terme	☐ Difficultés mémoire long terme
☐ Trouble du langage	☐ Agressivité/troubles du comportement
☐ Jugement altéré	☐ Autres (précisez) :
PARKINSONISME	
☐ Tremblements	☐ Rigidité
☐ Trouble de la démarche	☐ Roue dentée
☐ Autres (précisez) :	

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉFÉRENT		
Nom du référent et établissement :		Téléphone : Télécopieur :
Adresse :		Profession du référent :
Ville :	Code postal :	Courriel :
Si le référent est un médecin, numéro de permis :		
Signature du référent :		Date :

aaaa-mm-jj

AUTORISATION		
L'usager consent à la demande de service et à ce que le référent échange toute l'information pertinente en lien avec cette demande avec le service référé	☐ Oui	☐ Non
Le proche aidant est informé de la demande de service	☐ Oui	☐ Non

☐ **Autorisation verbale obtenue de l'usager ou de son représentant**
Nom du professionnel qui a obtenu le consentement verbal :

FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE ET LES DOCUMENTS PERTINENTS À LA DEMANDE (voir annexe)	
Par courriel :	cigs.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca
Par télécopieur :	450 455-5053
Pour nous joindre par téléphone :	450 455-6171, poste 72685

AIDE-MÉMOIRE POUR UNE DEMANDE COMPLÈTE ET CONFORME (voir annexe)		
Tous les documents à joindre ont été envoyés avec la demande *L'absence de document peut retarder une prise en charge par les équipes*	☐ Oui	☐ Non
L'usager correspond aux critères d'inclusion en lien avec le service référé	☐ Oui	☐ Non
Les critères d'exclusion sont respectés	☐ Oui	☐ Non

Documents obligatoires	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Clinique intégrée de gériatrie spécialisée - Gériatrie		
☐ Profil pharmacologique (-3 mois) ☐ Bilan paraclinique (-6 mois) : FSC, créatinine, glycémie, TSH, vitamine B12, électrolytes (Na, K), calcémie ☐ Historique de santé et diagnostics ☐ Notes médicales pertinentes ☐ Test d'évaluation cognitive (-6 mois) MMSE ou MoCA, si pertinent <u>Si disponibles :</u> ☐ Électrocardiogramme (ECG) (- 12 mois) ☐ Rapport d'imagerie cérébrale (- 12 mois) ☐ Rapports d'évaluation complémentaire : Ergothérapie, Neuropsychologie, Travail social, etc.	☐ Présence d'un problème de santé complexe ou atypique dont le caractère est imprécis et pour lequel les médecins de première ou de deuxième ligne ont besoin de soutien ☐ Usager âgé de 65 ans et plus présentant un syndrome gériatrique complexe ☐ Usager connu des services de 1re ligne	☐ Usager âgé de moins de 65 ans ☐ Usager ne résidant pas sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest [1] ☐ Milieu de vie (CHSLD) ☐ Usager hospitalisé (ne sera pas vu avant son retour à domicile) ☐ Condition de santé physique ou mentale nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge aigue ☐ Usager ayant un statut de soins palliatifs ou de fin de vie ☐ Problématique psychiatrique primaire prépondérante au plan clinique, sans prise en charge psychiatrique [2] ☐ Diagnostic de déficience intellectuelle en l'absence de problématique liée au vieillissement ☐ Traumatisme crânio-cérébral en l'absence de problématique liée au vieillissement ☐ Problème actif d'alcoolisme ou de toxicomanie ☐ Usager nécessitant uniquement une expertise légale en lien avec la CNESST ou assurances ☐ Uniquement un besoin d'évaluation de la sécurité à domicile [3]
Clinique intégrée de gériatrie spécialisée – Neurologie cognitive		
☐ Profil pharmacologique (-3 mois) ☐ Bilan paraclinique (-6 mois) : FSC, créatinine, glycémie, TSH, vitamine B12, électrolytes (Na, K), calcémie ☐ Tests d'évaluation cognitive (-6 mois), MMSE ou MoCA, horloge <u>Si disponibles :</u> ☐ Électrocardiogramme (ECG) (- 12 mois) ☐ Rapport d'imagerie cérébrale (- 12 mois) ☐ Collecte de données/Rapport d'évaluation Évaluation initiale de l'inf. de première ligne, Évaluation inf. des troubles mentaux, Évaluation usager et proche aidant ou OEMC	☐ Présence ou hypothèse de TNC pouvant être relié à un processus dégénératif	☐ Usager ne résidant pas sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest [1] ☐ Usager hospitalisé ☐ Condition de santé physique ou mentale nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge aigue ☐ Usager ayant un statut de soins palliatifs ou de fin de vie ☐ Problématique psychiatrique primaire prépondérante au plan clinique, sans prise en charge psychiatrique [2] ☐ Diagnostic de déficience intellectuelle en l'absence de problématique liée au vieillissement ☐ Traumatisme crânio-cérébral en l'absence de problématique liée au vieillissement ☐ Problème actif d'alcoolisme ou de toxicomanie ☐ Usager nécessitant uniquement une expertise légale en lien avec la CNESST ou assurances ☐ Uniquement un besoin d'évaluation de la sécurité à domicile [3]
Équipe SCPD		
☐ Profil pharmacologique (-3 mois) ☐ Plan d'intervention actif ou description des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques tentées et leur efficacité ☐ Bilan sanguins, analyse culture d'urine ☐ Rapports de consultation médicale <u>Si disponibles :</u> ☐ Tests d'évaluation cognitive (-6 mois), MMSE ou MoCA, horloge ☐ Histoire de vie	☐ Diagnostic de TNC ☐ Présence de SCPD complexe ou persistant associé à un TNCM, et ce, malgré l'application d'interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques de première intention ☐ Intervenant pivot impliqué dans le dossier de l'usager	☐ Usager ne résidant pas sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest [1] ☐ Usager hospitalisé ☐ Condition de santé physique ou mentale nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge aigue ☐ Usager ayant un statut de soins palliatifs ou de fin de vie ☐ Profil de santé mentale instable en l'absence de problématique liée au vieillissement [2] ☐ Diagnostic de déficience intellectuelle en l'absence de problématique liée au vieillissement ☐ Traumatisme crânio-cérébral en l'absence de problématique liée au vieillissement ☐ Problème actif d'alcoolisme ou de toxicomanie ☐ Usager nécessitant uniquement une expertise légale en lien avec la CNESST ou assurances ☐ Uniquement un besoin d'évaluation de la sécurité à domicile [3]

[1] Dans le cas où l'usager ne demeure pas sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest, il sera de préférence orienté vers un service équivalent sur son territoire. Si un tel service n'existe pas ou si l'usager refuse cette réorientation, les SASG lui seront offerts par le programme sur un mode ambulatoire seulement. Aucune visite à domicile ne sera possible.
[2] Selon les cas, un suivi conjoint avec la Direction des programmes Santé mentale et Dépendance pourrait être envisagé.
[3] Référence pour soutien à domicile (référer au CLSC).