

RÉFÉRENCE AUX SERVICES GÉRIATRIQUES
INSTALLATION CSSS-IUGS

Télécopieur : 819 829-7144

IDENTIFICATION DU PATIENT	
Nom : _____ Prénom : _____ Tél : 819 _____	
Date de naissance : _____ N° RAMQ : _____ Exp. : _____	
Actuellement hospitalisé : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, centre hospitalier : _____	
Milieu de vie habituel : _____ Adresse : _____	
Personne à contacter : _____ Tél : 819 _____	
DEMANDE D'ADMISSION	SERVICES EXTERNES
<input type="checkbox"/> Unité de courte durée gériatrique (UCDG)* <input type="checkbox"/> Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)** <input type="checkbox"/> Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)** Consultation pré-admission : Gériatrie * Physiatrie ou gériatrie **	<input type="checkbox"/> Gériontopsychiatrie <input type="checkbox"/> Hôpital de jour <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Neuropsychologie <input type="checkbox"/> Orthophonie CLINIQUES THÉMATIQUES : <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Chutes <input type="checkbox"/> Mémoire <input type="checkbox"/> Gériatrie <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire
MOTIF DE CONSULTATION ET ATTENTES DU RÉFÉRENT (JOINDRE NOTES COMPLÉMENTAIRES SI POSSIBLE)	
LISTE DES PROBLÈMES MÉDICAUX ET ANTÉCÉDENTS (JOINDRE LISTE ET RÉSULTATS INVESTIGATIONS PERTINENTES)	
LISTE DES MÉDICAMENTS (JOINDRE PROFIL SI DISPONIBLE)	
CODIFICATION (PRIORITÉ)	
1 <input type="checkbox"/> (< 1 MOIS)* 2 <input type="checkbox"/> (< 1 À 3 MOIS) <input type="checkbox"/> (> 3 MOIS)	
<i>Pour toute demande urgente, contacter directement le médecin</i> <i>*inclut toute demande de transfert pour clientèle hospitalisée</i>	
RÉFÉRENT	
Médecin de famille : _____ (si différent du référent)	
Nom/Prénom du médecin référent : _____ N° de pratique : _____	
Lieu de pratique du référent :	
<input type="checkbox"/> CHUS <input type="checkbox"/> GMF : _____ <input type="checkbox"/> Clinique médicale : _____	
<input type="checkbox"/> CSSS : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Adresse : _____ Tél: 819 _____ Poste : _____	
Signature : _____ Date : _____	