



No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

### FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE À L'HÔPITAL DE JOUR

(Réservé aux usagers du territoire du CIUSSS NIM seulement)

**CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci**

555 Boul. Gouin Ouest, Montréal, H3L 1K5

Veuillez acheminer la demande au Guichet d'accès SAPA par courriel au [Guichet\\_Acces\\_SAD.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Guichet_Acces_SAD.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca)  
ou par télécopieur au 514-331-8720

#### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE (si pas d'adressographie ci-haut) :

Nom à la naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ NAM : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

#### **Personne ressource (proche aidant) :**

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

#### OBJECTIFS DE LA RÉFÉRENCE

Qu'est-ce qui motive cette demande ? \_\_\_\_\_

Quel est l'impact sur l'autonomie fonctionnelle ? \_\_\_\_\_

Quels sont les bénéfices attendus de l'évaluation ? \_\_\_\_\_

Incapacités compensées par l'entourage :  En partie *ou*  En totalité

#### DIAGNOSTIC ANTÉRIEUR

Est-ce qu'un diagnostic en lien avec le motif de référence a déjà été posé ?  Oui  Non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Nom du médecin ayant fait le diagnostic : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

Est-ce l'évolution attendue?  Oui  Non \_\_\_\_\_

Autres informations :

## SYNDROMES GÉRIATRIQUES

- Troubles de la démarche et de l'équilibre
- Chutes
- Déconditionnement
- Perte de poids/dénutrition
- Dysphagie
- Incontinence
- Polypharmacie
- Perte d'autonomie d'étiologie multiple (expliquer) : \_\_\_\_\_
- Trouble cognitif léger (sans impact fonctionnel)
- Trouble cognitif majeur ou démence (avec impact fonctionnel)

Si trouble cognitif, précisez si présence de signes ou symptômes atypiques :

- Âge de début des symptômes **avant 65 ans**
- Progression **très rapide** (stade démentiel < 1 an après l'apparition des premiers symptômes)
- Trouble du **langage** (manque du mot, trouble de production, atteinte sémantique) inaugural ou isolé
- Trouble du **comportement** ou changement de personnalité inaugural ou isolé
- Trouble **visuel** sans cause ophtalmologique (suspicion d'une atrophie corticale postérieure)
- Syndrome **parkinsonien**, anomalie du sommeil paradoxal (REM) ou dysautonomie sévère
- Antécédents familiaux faisant évoquer une **maladie d'origine génétique** autosomale dominante
- Incertitude diagnostique après une évaluation et un suivi
- Autre : \_\_\_\_\_

Informations complémentaires :

**SVP veuillez annexer :**

- **Feuille sommaire ou liste des problèmes médicaux**
- **Profil pharmacologique**
- **Investigations antérieures ou notes de consultation en lien avec le motif de référence actuel**

Nom du médecin référent : \_\_\_\_\_ Numéro de pratique : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

- Usager consent à la référence et à la transmission d'information :

Nom du médecin de famille (si différent du référent) : \_\_\_\_\_

*Note : Le médecin traitant demeure responsable du suivi de l'usager*