

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE
 ÉQUIPE AMBULATOIRE DE PSYCHOGÉRIATRIE
ou
 ÉQUIPE AMBULATOIRE SCPD

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

DONNÉES SUR LA PERSONNE RÉFÉRÉE

Identification de l'utilisateur

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : _____ #RAMQ : _____ Date d'expiration RAMQ : _____

Milieu de vie : _____ Langue de communication : _____

Personne ressource

Nom : _____ Lien avec la personne référée : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Cellulaire : _____

Nom du médecin traitant : _____ Clinique : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____ No de pratique : _____

INFORMATIONS SUR LE RÉFÉRENT

Nom : _____ Rôle auprès de l'utilisateur : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

IMPLICATION DU SOUTIEN À DOMICILE

Usager connu du soutien à domicile (SAD)

Nom du CLSC : _____ Nom de l'intervenant pivot SAD : _____

Coordonnées de l'intervenant SAD : _____

Usager non connu du SAD conjointement à ce formulaire, complétez une demande au guichet d'accès du SAD.

Par téléphone : 514 336-NORD (6673) ou par DSIE.

Le médecin traitant est-il informé de la référence : Oui Non

OBJECTIFS DE LA RÉFÉRENCE

Précisez la problématique actuelle :

Préciser vos attentes : (support à l'évaluation et à l'intervention, orientation du plan d'intervention, enseignement et coaching, etc.) autres :

MOTIFS DE RÉFÉRENCE

Équipe ambulatoire de psychogériatrie

Situation biopsychosociale complexe liée au vieillissement nécessitant une évaluation dans le milieu de vie. CHSLD non admissible.

Présence de trouble cognitif et évaluation

- Diagnostic différentiel de troubles neurocognitifs léger ou majeur (maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, etc.)
- Orientation au diagnostic en présence de facteurs confondants (faible scolarité, déficit sensoriel, consommation d'alcool, trouble de personnalité, aspects culturels, etc.)

Soutien à l'évaluation de l'aptitude

- Aptitude biens & personne et besoin de protection
- Aptitude à consentir à un soin (orientation en hébergement ou SAD)

Sécurité dans le milieu de vie

- Résistance aux soins/manque de collaboration aux soins
- Risques multiples à domicile/maintien à domicile compromis

Problématique psychosociale

- Épuisement de l'aidant, conflits familiaux, etc.
- Troubles d'adaptation, délirants, de l'humeur ou d'anxiété liés au vieillissement
- Suspicion d'abus, de négligence, de maltraitance
- Autres : Précisez

Équipe ambulatoire SCPD

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence complexes et persistants. Inclus tous les milieux de vie.

Diagnostic principal en lien avec la problématique :

- Agitation
- Agressivité : physique verbale
- Anxiété
- Apathie
- Cris répétitifs
- Désinhibition
- Dépression
- Errance
- Euphorie
- Hallucinations
- Idées délirantes
- Irritabilité
- Labilité émotionnelle
- Manies
- Questionnements répétitifs
- Résistance aux soins : Précisez _____

Problèmes de sommeil : Précisez _____

Comportements inappropriés : Précisez _____

Autres : Précisez _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERTINENTS

Antécédents neurologiques cognitifs et psychiatriques : Précisez :

Date (si connue)

- Trauma crânien
- Abus de substance
- Historique de chutes
- AVC
- Déficience intellectuelle
- Maladie Affective bipolaire
- Trouble de l'humeur (dépression, trouble anxieux etc.)
- Schizophrénie
- Traits ou trouble de personnalité

Autres : _____

Problèmes médicaux, chirurgies et hospitalisation récentes (HTA, MPOC, diabète, etc.) :

- SVP annexer le profil pharmacologique
- SVP annexer les résultats de laboratoires des derniers 6 mois et les résultats d'examen médical pertinent
 - Bilan sanguin
 - Imagerie cérébrale (scan, IRM, TEP, etc.)
 - Tests de dépistage cognitif antérieurs (MoCA, MMSE)
- SVP annexer le plus récent examen physique

Signature du référent : _____ Date : _____