

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE À L'HÔPITAL DE JOUR ou À L'UNITÉ D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE
CENTRE D'HÉBERGEMENT NOTRE-DAME DE LA MERCI
555 Boul. Gouin Ouest, Montréal, H3L 1K5**

Lorsque la demande est complétée, retourner au Guichet d'accès à l'adresse ci-haut ou soit par télécopieur au
514 331-8720

DONNÉES SUR LA PERSONNE RÉFÉRÉE

Identification

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : _____ Assurance-maladie _____ Date expiration _____

Personne ressource

Nom : _____ Téléphone : _____ Lien avec la personne référée : _____

DEMANDE D'ÉVALUATION EN INTERNE (unité d'évaluation gériatrique) / **EN EXTERNE** (Hôpital de jour)

OBJECTIFS DE LA RÉFÉRENCE

Qu'est-ce qui motive cette demande ? _____

Quels sont les nouveaux symptômes ? _____

Quel est l'impact sur l'autonomie fonctionnelle ? _____

Quelles sont les incapacités notées ? _____

Incapacités compensées en partie ou en totalité par l'entourage _____

SYMPTÔMES GÉRIATRIQUES NOTÉS

Troubles cognitifs : Léger Modéré Sévère

Chutes Incontinence

Troubles de la démarche et de l'équilibre

Détérioration de l'état général Déconditionnement Perte de poids

Problème de polypharmacie Autre _____

Perte d'autonomie d'étiologie multiple : expliquer _____

Diagnostic principal _____

Si un diagnostic est connu, est-ce une évolution attendue ? _____

Quels sont les bénéfices attendus de l'évaluation à l'hôpital de jour _____

Conditions associées / antécédents _____

SVP annexer votre feuille de liste problèmes ou la feuille sommaire si la personne a été hospitalisée

SVP annexer le profil pharmacologique

CONSULTATIONS ANTÉRIEURES ET AUTRES PRISES EN CHARGE EN RAPPORT AVEC LE MOTIF DE LA RÉFÉRENCE

Spécialités	Nom du spécialiste	Date de consultation	Diagnostic et recommandations
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

NOM DU RÉFÉRENT : _____ Signature _____ Date _____

Personne à contacter (si différent du référent) pour information complémentaire : _____

Adresse : _____ Téléphone _____ Télécopieur _____

NOM DU MÉDECIN TRAITANT (si différent du référent) : _____

Adresse : _____ Téléphone _____ Télécopieur _____

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

Note : le médecin traitant demeure responsable du suivi de l'utilisateur

Usager consent à la référence et à la transmission de l'information
