



\*CP3137\*

## DEMANDE DE CONSULTATION CLINIQUE GÉRIATRIQUE DE QUÉBEC

La CLINIQUE GÉRIATRIQUE DE QUÉBEC est une clinique interdisciplinaire spécialisée qui soutient la 1ère et la 2e ligne par l'évaluation et la prise en charge de patients âgés présentant des problèmes complexes liés au vieillissement. Une demande en **onco-gériatrie** exige d'utiliser un formulaire spécifique.

**Médecin requérant :** \_\_\_\_\_  
 ☎ : \_\_\_\_\_ 📄 : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_  
 Date de référence (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_ No de permis : \_\_\_\_\_  
 Médecin de famille : \_\_\_\_\_  
 Point de service : \_\_\_\_\_  
 ☎ : \_\_\_\_\_ 📄 : \_\_\_\_\_  
 L'utilisateur n'a pas de médecin de famille

Patient : \_\_\_\_\_  
 NAM : \_\_\_\_\_  
 Contact pour la prise de rendez-vous  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Lien : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_  
 Milieu de vie de l'utilisateur : \_\_\_\_\_  
 Connu du CLSC :  oui  non  
 Intervenant : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_

**Problèmes gériatriques identifiés**

<input type="checkbox"/> Perte d'autonomie	<input type="checkbox"/> Polymédication
<input type="checkbox"/> Trouble cognitif/mémoire	<input type="checkbox"/> Incontinence (urinaire/fécale)
<input type="checkbox"/> Trouble de mobilité/chutes	<input type="checkbox"/> SCPD
<input type="checkbox"/> Dysphagie	<input type="checkbox"/> Isolement social
<input type="checkbox"/> Malnutrition / perte de poids	<input type="checkbox"/> Vulnérabilité / abus / négligence
<input type="checkbox"/> Maintient à domicile compromis	

Autre : \_\_\_\_\_

**Motifs de consultation**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Besoins et attentes**

<input type="checkbox"/> Préciser un diagnostic	<input type="checkbox"/> Suggestion thérapeutique
<input type="checkbox"/> Évaluation interdisciplinaire	<input type="checkbox"/> Évaluation aptitude
<input type="checkbox"/> Investigation supplémentaire	<input type="checkbox"/> Documenter les risques
<input type="checkbox"/> Autres : _____	

**CAR**

- Usager ambulant
- Peut vivre à domicile et proches disponibles lorsque requis
- Usager et proches comprennent les consignes et consentent
- Situation médicale subaiguë (en déclin vers aigue et/ou Situation psychosociale instable et/ou Situation fonctionnelle instable)
- Symptômes possibles : Un déclin cognitif ou comportemental récent de cause indéterminée ;
- Des chutes ou troubles de la mobilité en augmentation ;
- Une détérioration fonctionnelle significative et inexplicée ;
- Une polymédication nécessitant une révision rapide.

**Renseignements à joindre à la demande (obligatoire)**

Liste de problèmes / ATCD  
 Copie des tests cognitifs (MMSE, MoCA, etc.)  
 Imagerie cérébrale récente (si problème cognitif)  
 Bilans sanguins des 6 derniers mois  
 • FSC, ions, urée, créatinine  
 • Calcémie, TSH, vitamine B12 et HbA1c (si trouble cognitif)  
 • Albumine, bilan martial (si malnutrition / perte de poids)  
 • Autres (si pertinent)  
 ECG récent (si disponible)  
 Rapports de consultation (ergo, physio, neuropsy, etc.)

**Faites parvenir votre demande par**

**Volet général**  
[2eligne.dsapa.ciusscscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:2eligne.dsapa.ciusscscn@ssss.gouv.qc.ca)  
 ☎ : 418-682-7605 📄 : 418-577-8904

**Clinique d'Accès rapide (CAR)**  
[car.cgq.ciusscscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:car.cgq.ciusscscn@ssss.gouv.qc.ca)  
 ☎ : 581-989-0373

**DIRIGEZ L'USAGER VERS L'URGENCE, SI :** (liste non-exhaustive)

- Délirium ou altération de l'état d'éveil
- Dangerosité immédiate affectant sa sécurité ou celle des autres
- Chute avec séjour au sol ou incapacité significative à se déplacer

\_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
 Signature du médecin requérant N° de permis Date de référence