



S M 0 2 8 9 9

DEMANDE DE CONSULTATION ÉQUIPE AMBULATOIRE SCPD

1. TYPE D'ÉVALUATION DEMANDÉE :

- Évaluation par des professionnels de l'équipe SCPD (Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence)
- Évaluation médicale par un gériopsychiatre (signature du médecin requise)
- Évaluation par le SQETGC (Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement)
- Évaluation de soutien et/ou intervention psychologique pour les **proches aidants**

2. CONSENTEMENT – Obligatoire :

- L'utilisateur ou le représentant légal est d'accord avec cette demande et vous autorise à nous transmettre toute l'information pertinente.

3. IDENTIFICATION DE L'USAGER-ÈRE : (informations obligatoires pour l'ouverture du dossier. Compléter seulement les informations qui ne se retrouvent pas dans l'adressographe.)

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance-maladie : _____ Expiration : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____ Code postal : _____

d'appartement ou de chambre : _____ Téléphone : _____

État civil : Célibataire Marié-e Veuf-veuve Séparé-e Divorcé-e Conjoint de fait Âge : _____

Langue(s) parlée(s) : Français Anglais autres : _____

4. PERSONNES-RESSOURCES :

Nom de l'intervenant-e référent-e : _____ N° de téléphone : _____

Nom de l'intervenant-e à joindre pour plus de renseignements : _____

Fonction : _____ N° de téléphone : _____

Nom du proche aidant : _____ N° de téléphone : _____

Lien : _____ Courriel : _____

Nom du médecin traitant : _____ N° de téléphone : _____

5. LIEU DE RÉSIDENCE :

Appartement/Maison : Vit seul Vit avec : _____

Résidence privée pour personnes âgées : Vit seul Vit avec : _____

Ressource intermédiaire : _____ # chambre _____ # étage _____

CHSLD : _____ # chambre _____ # étage _____

Unité régulière Unité prothétique / regroupement de clientèle Unité spécifique

Nom :

Prénom :

Dossier :

6. RAISON DE CONSULTATION :

- Risque suicidaire** **Risque d'agression envers autrui**

Cochez et précisez les symptômes comportementaux et psychologiques associés au TNCM (troubles neurocognitifs majeurs) présents :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Labilité affective | <input type="checkbox"/> Manie/hypomanie |
| <input type="checkbox"/> Hallucinations | <input type="checkbox"/> Délire (paranoïa, imposteur, autre) |
| <input type="checkbox"/> Comportements moteurs répétitifs | <input type="checkbox"/> Obsessions et rituels (incluant accumulation) |
| <input type="checkbox"/> Désinhibition sexuelle | <input type="checkbox"/> Désinhibition agressive (<input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> physique) |
| <input type="checkbox"/> Syndrome crépusculaire | <input type="checkbox"/> Errance <input type="checkbox"/> Fugue |
| <input type="checkbox"/> Résistance ou refus des soins | <input type="checkbox"/> Irritabilité |
| <input type="checkbox"/> Vocalisations répétitives | <input type="checkbox"/> Euphorie |
| <input type="checkbox"/> Changement de personnalité | <input type="checkbox"/> Apathie |
| <input type="checkbox"/> Comportements d'élimination ou d'habillement inappropriés | |

7. DIAGNOSTICS/ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET PSYCHIATRIQUES :

Précisez le type de TNCM : _____

8. DOCUMENTS À JOINDRE SI DISPONIBLE :

- Profil pharmacologique à jour
- Si disponible; dernier bilan gériatrique (FSC, E+, BUN, créatinine, tests de fonction hépatique, TSH, B12, glycémie, calcium, magnésium, analyse et culture d'urine, etc.)
- Tout autre rapport ou investigation pertinente (ex. : gériatrie, neurologie, neuropsychologie, ergothérapie, etc.)

9. SIGNATURES :

Nom et prénom de l'intervenant-e référent : _____ N° de permis : _____
Titre d'emploi : _____
Signature : _____ Date : _____

* La signature du médecin traitant est requise seulement si vous demandez une consultation en gériopsychiatrie

Nom et prénom du médecin traitant : _____ N° de permis : _____
Titre d'emploi : _____
Signature : _____ Date : _____

Acheminez le formulaire et les documents requis par courriel à l'adresse suivante :

scpd.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca ou par fax au **514-340-2818**

Coordonnées de l'équipe ambulatoire SCPD

Tél. : 514-340-2800 poste 2226