



## DEMANDE DE CONSULTATION

### Clinique externe spécialisée en dysphagie

#### IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom à la naissance: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

**Nom usuel:** \_\_\_\_\_

**No assurance-maladie:** \_\_\_\_\_

Exp. : \_\_\_\_\_

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

Téléphone: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Date de naissance: jj \_\_\_\_ / mm \_\_\_\_ / aaaa \_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Sexe : M ( ) F ( ) Poids : \_\_\_\_\_

État civil: C [ ] M [ ] V [ ] S [ ] D [ ] Autre [ ] : \_\_\_\_\_

Langue(s) parlée(s): Français [ ] Anglais [ ]

Autres: \_\_\_\_\_

Communauté culturelle: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Nom du / de la conjoint(e): \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_

**Personne ressource :** \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Tél.: résidence : \_\_\_\_\_

Tél. bureau : \_\_\_\_\_

#### LIEU DE RÉSIDENCE

Domicile privé [ ]

Famille d'accueil [ ]

Résidence: Sans service alimentaire [ ]

Avec service alimentaire [ ] :

Précisez : \_\_\_\_\_

Milieu institutionnel [ ] : \_\_\_\_\_

#### MILIEU DE VIE: (habite avec)

Seul [ ] Couple [ ] Enfant [ ] Parent [ ] : \_\_\_\_\_ Autres [ ] : \_\_\_\_\_

#### PROGRAMME RÉFÉRANT

##### MILIEU INSTITUTIONNEL

Hôpital de jour [ ] CLSC [ ]

UCDG [ ] Pratique privée [ ]

Réadaptation [ ] Autres [ ] \_\_\_\_\_

Hôpital de soins aigus [ ] \_\_\_\_\_

Centre d'accueil [ ] \_\_\_\_\_

Soins de longue durée [ ] \_\_\_\_\_

Est-ce une première demande : Oui [ ] Non [ ] Ne sais pas [ ]



IUG038

**Motif de la référence :**

---

---

---

**Antécédents médicaux :**

---

---

---

**Allergies :** Médicamenteuse : \_\_\_\_\_

Alimentaire : \_\_\_\_\_

**Alimentation actuelle :** Gavage [ ] Per os [ ]

- Régime alimentaire actuel :

---

- Texture du régime actuel : consistance des liquides et texture des solides :

---

---

- Autonomie : mange seul(e) [ ]  
aide partielle [ ] par \_\_\_\_\_  
aide totale [ ] par \_\_\_\_\_

- Problèmes rencontrés :

---

---

- Moyens compensatoires et aides techniques déjà utilisés :

---

---

**Évaluations et investigations déjà effectuées :** (annexez rapports si possible)

---

---

---

---

**Conséquences du problème sur le patient et sur son environnement (famille, intervenant) :**

---

---

---

---



IUG038

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

### PARTICULARITÉS:

- 1) Moyen de locomotion :      seul(e)      avec aide  
1 personne      avec canne      avec marchette      en fauteuil  
roulant  
[ ]      [ ]      [ ]      [ ]      [ ]
- 2) Transfert :      seul(e)      avec aide  
1 personne      avec aide      levier  
2 personnes  
[ ]      [ ]      [ ]      [ ]
- 3) Élimination :      continent(e)      incontinent(e)      avec culotte d'incontinence  
[ ]      [ ]      [ ]
- 4) État cognitif :      intact      peu diminué      très diminué  
[ ]      [ ]      [ ]
- 5) Problème de comportement :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 6) Mode de communication : verbal [ ]    non verbal [ ] Problèmes : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 7) Médication actuelle et posologie :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **SERVICES OFFERTS AU PATIENT:** (Précisez le nom et l'adresse complète du médecin traitant pour faciliter l'envoi du résumé du dossier et les coordonnées des intervenants au dossier)

<u>Nom</u>	<u>Téléphone</u>
Médecin : _____	_____
Adresse : _____	
Infirmière : _____	_____
Ergothérapeute : _____	_____
Nutritionniste : _____	_____
Orthophoniste : _____	_____
Inhalothérapeute : _____	_____
Physiothérapeute : _____	_____
Autres : _____	_____

Demande complétée par : \_\_\_\_\_  
(lettres moulées)

Date : \_\_\_\_\_ Signature du médecin traitant : \_\_\_\_\_



IUG038

## REMARQUES:

### À L'USAGE EXCLUSIF DE L'INSTITUT

Reçue: \_\_/\_\_/\_\_ Étudiée: \_\_/\_\_/\_\_ En attente: \_\_\_\_\_

Acceptée: \_\_/\_\_/\_\_ Refusée: \_\_/\_\_/\_\_

Annulée: \_\_/\_\_/\_\_ Précisez: \_\_\_\_\_

Numéro de dossier antérieur de l'Institut: \_\_\_\_\_

Date du premier rendez-vous: \_\_\_\_\_