



**DEMANDE DE CONSULTATION**  
**Clinique d'évaluation gériatrique**

**IDENTIFICATION DE L'USAGER**

S.V.P. écrire en caractères gras pour télécopie. Informations **OBLIGATOIRES, COMPLÈTES** et bien lisibles.

Référence pour patient **NE RELEVANT PAS SPÉCIFIQUEMENT** de la clinique de cognition, de la clinique de gestion de la douleur chronique, de la clinique de dysphagie, de la clinique de chute ou de la clinique de continence urinaire.

**N° assurance-maladie :** \_\_\_\_\_ **Exp. :** \_\_\_\_\_

**Nom à la naissance :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Nom usuel :** \_\_\_\_\_ **Sexe :** F [ ] M [ ]

**Date de naissance :** JJ\_\_\_\_/MM\_\_\_\_/AA\_\_\_\_ **Âge :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_

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

**Langue(s) parlée(s) :** Français [ ] Anglais [ ] Autres [ ] \_\_\_\_\_

**Autre personne à contacter (si requis) :**

**Conjoint(e) :** \_\_\_\_\_ **Autre :** \_\_\_\_\_ (Lien) \_\_\_\_\_

**Téléphone :** Domicile \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

**RAISON SPÉCIFIQUE DE LA CONSULTATION (Décrire):** \_\_\_\_\_

**But de la référence :** Diagnostic [ ] Diagnostique et traitement [ ]

**NOM DU MÉDECIN TRAITANT**

**ADRESSE :**

**TÉLÉPHONE :**

**TÉLÉCOPIEUR :**

_____
_____
_____



IUG564

**MÉDECIN RÉFÉRANT**

**ADRESSE :**

**TÉLÉPHONE :**

**TÉLÉCOPIEUR :**

_____
_____
_____

**PROGRAMME RÉFÉRANT :** Omnipraticien : CLSC [ ] GMF [ ] cabinet privé [ ]  
 Spécialiste (préciser) : \_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX :** Préciser

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Médication actuelle :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergies médicamenteuses :** \_\_\_\_\_

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

Spécialités	Nom	Date	Diagnostic / Recommandations
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Commentaires : \_\_\_\_\_

**L'ÉTUDE DE LA DEMANDE SE FERA SEULEMENT SI LE DOSSIER EST COMPLET.**

**S.V.P., nous envoyer les résultats paracliniques pertinents**

- Radiographies simples
- ECG
- CT-scan
- IRM
- Tests sanguins

**S.V.P., retourner la demande à :**

**Clinique d'évaluation gériatrique**  
 Institut universitaire de gériatrie de  
 Montréal 4565, chemin Queen-Mary  
 Montréal, Québec H3W 1W5

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Téléphone : 514 340-3503**  
**Télécopieur : 514 340-2810**  
 Courriel : [hj.iugm@ssss.gouv.qc.ca](mailto:hj.iugm@ssss.gouv.qc.ca)