|  |
| --- |
| **Identification de l’usager référé****Vous référer aux critères d’admissibilité à la page 2 du présent formulaire pour valider l’éligibilité de l’usager référé.**  |

|  |
| --- |
| Nom:       Prénom :      No RAMQ:       Exp:      Adresse :       Code postal :      Téléphone principal :       Téléphone cellulaire :      Adresse courriel :      Âge :      ans Sexe : [ ]  F [ ]  M [ ]  AutreLangues parlées : [ ]  Français [ ]  Anglais [ ]  Autre :       Milieu de vie : [ ]  Domicile [ ]  RPA [ ]  Autre : Vit seul(e) : [ ]  Oui [ ]  NonMaintien à domicile compromis? [ ]  Oui [ ]  Non**Proche aidant à contacter (si requis)** :Nom :       Prénom :      ­­­Lien avec l’usager : Choisissez un élément. Téléphone principal :       Téléphone cellulaire :     Adresse courriel :      Qui devons-nous contacter pour prévoir l’admission? : Choisissez un élément. L’usager et/ou son proche aidant a reçu l’ensemble des informations en lien avec le programme de l’UCDG et consent à une hospitalisation d’environ 3 semaines? [ ]  OuiSi l’usager a un médecin de famille, celui-ci est avisé de la demande d’admission à l’UCDG? [ ]  Oui |

|  |
| --- |
| **Identification du référent** |

|  |
| --- |
| Date de complétion :      Nom, prénom du MED référent du SAD:       Nom, prénom ayant complété le formulaire:       Titre d’emploi : Choisissez un élément. Provenance de la demande : Choisissez un élément. Autre :      Connu du CLSC : [ ]  Oui Si oui, lequel? Choisissez un élément. [ ]  NonNom de l’intervenant pivot : Téléphone :       |

|  |
| --- |
| **Motif de la demande**  |

|  |
| --- |
|  |
| Décrire la problématique et les attentes en lien avec le séjour à l’UCDG :      L’usager présente-t-il des symptômes comportementaux (hallucinations / délire / dépression / anxiété / idéations suicidaires / agitation / agressivité / comportement problématique / errance) ? [ ]  Non [ ]  Oui Si oui, détaillez :      Transferts : Choisissez un élément. Marche : Choisissez un élément. Aide technique utilisé : Choisissez un élément. |
| Veuillez compléter les tableaux ici-bas et inscrire des précisions afin de permettre une évaluation complète de la demande.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Critères d’admissibilité**  | **Oui** | **Non** | **Précisez** |
| Être âgé de 75 ans et plus.Si entre 65-74 ans, doit avoir un profil répondant aux critères ci-dessous.  | [ ]  | [ ]  |       |
| Présente un ou plusieurs syndromes gériatriques (chute, dénutrition, trouble cognitif, incontinence de novo, etc.) qui s’ajoutent à un état de santé compromis par un déclin cognitif ou fonctionnel liés à plusieurs morbidités.  | [ ]  | [ ]  |       |
| Est stable médicalement et nécessite une hospitalisation. |[ ] [ ]        |
| Est polymédicamenté et fragilisé |[ ] [ ]        |
| Nécessite l’évaluation et de l’intervention d’une équipe interdisciplinaire experte en gériatrie. | [ ]  | [ ]  |       |
| Participera aux évaluations/interventions. |[ ] [ ]   |
| À la fin du séjour à l’UCDG, le retour dans son milieu de vie antérieur est prévu.  | [ ]  | [ ]  |       |

|  |
| --- |
| **Critères d’exclusion****Ceux dont le seul motif d’admission est de :** |
| Présenter une décompensation d’une problématique psychiatrique, d’une déficience intellectuelle ou un problème d’abus de substances. |
| Présenter un SCPD dont la cause est associée à une condition de santé aigüe. |
| Nécessiter des soins palliatifs et de fin de vie |
| Présenter uniquement une condition de santé aigüe (ex : septicémie, fx de hanche) pour les résidents en RI/CHSLD ou en maison des aînés. |
| Être en attente pour un lit en RI/CHSLD, une convalescence ou une unité de SPA. |

**Documents à joindre à votre demande (obligatoire):** Liste de problèmes médicaux, dernières notes médicales, rapports des professionnels récents, liste de médicaments à jour, plan de soins infirmier, services offerts au CLSC (si applicable)**Documents à joindre (selon pertinence):** (investigations non disponibles au DSQ, rapports de consultation antérieure, MMSE et MoCA, etc.). **SVP**, **faire** **parvenir** **votre** **demande** **d’admission** **à** : guichet.de.readaptation.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca |
|  |