|  |
| --- |
| **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  Autre  Langues parlées :  Français  Anglais  Autre :  Milieu de vie :  Domicile  RPA  Autre :  Vit seul(e) :  Oui  Non  Maintien 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?  Oui  Si 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.  Non  Nom 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 |
|  |