Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Québec

Demande d'admission
Unité de courte durée gériatrique - UCDG

Institut universitaire de gériatrie de Montréal
4565 ch. Queen-Mary, Montreal, H3W 1W5

Faire parvenir la demande complétée à : guichet.de.readaptation.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
Téléphone : 514 940 – 3121 poste 1

Continuum SAPA / Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)

Identification de l'usager référé

Vous référer aux critères d'admissibilité à la page 3 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 : ☐ Conjoint (e) ☐ Membre de famille ☐ Enfant ☐ Ami (e)

Téléphone principal : Téléphone cellulaire :

Adresse courriel :

Qui devons-nous contacter pour prévoir l'admission? : ☐ Usager ☐ Proche aidant ☐ Référent

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

PLUS FORT AVEC VOUS

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Québec

Demande d'admission (suite)
Unité de courte durée gériatrique - UCDG

Continuum SAPA / Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)

Identification du référent

Date de complétion :

Nom, prénom du médecin référent du SAD :

Nom, prénom ayant complété le formulaire :

Titre d'emploi :

Provenance de la demande : ☐ CLSC ☐ GMF ☐ Autre, préciser le lieu :

Connu du CLSC : ☐ Oui Si oui, lequel? ☐ 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 : ☐ Autonome ☐ Surveillance ☐ Aide x 1 pers ☐ Aide x 2 pers

Marche : ☐ Autonome ☐ Surveillance ☐ Aide x 1 pers ☐ Aide x 2 pers

Aide technique utilisé : ☐ Aucun ☐ Canne ☐ Machette ☐ Autre

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