

## Demande d'admission

### Unité de courte durée gériatrique

UCDG  
4565, ch. Queen-Mary  
Montréal QC H3W 1W5  
Télec. : 514 340-3531  
Tél. : 514 340-2800 poste 3413

#### RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES

### **PATIENT(E)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
(à la naissance)

No RAMQ : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
(obligatoire) (obligatoire)

Spécifier :  domicile  résidence privée Nom : \_\_\_\_\_

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

Tél. : \_\_\_\_\_ Code postal (**OBLIGATOIRE**) \_\_\_\_\_

Langue d'usage : \_\_\_\_\_ Habite seul :  oui  non, avec qui : \_\_\_\_\_

Le patient accepte l'évaluation en mode hospitalisation :  oui  non, pourquoi ? : \_\_\_\_\_

**RÉPONDANT**  **MANDATAIRE**  **PROCHE AIDANT**

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

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

(code postal obligatoire)

Tél. : (bur.) \_\_\_\_\_ (rés.) \_\_\_\_\_ (cell.) \_\_\_\_\_

### **RÉFÉRANT**

Nom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Établissement : \_\_\_\_\_

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

(code postal obligatoire)

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

**S.V.P. joindre une copie de la DSIE du CLSC s'il y a lieu.**



Depuis combien de temps connaissez-vous le patient ? \_\_\_\_\_

Si vous êtes le médecin traitant, êtes-vous en mesure d'assurer le suivi médical lors du retour à domicile ?

oui       non

Autres médecins ou spécialistes impliqués : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Raisons principales de la demande et objectifs visés :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La problématique et les antécédents ont-ils été évalués dans la dernière année ?  oui     non

Si oui, expliquez ? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnostics associés :** \_\_\_\_\_

Son état de santé est-il instable ?  oui     non

**Investigations effectuées à ce jour :** (joindre résultats et copies en annexe) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hospitalisations antérieures :** \_\_\_\_\_

**Médication et posologie** (*Fournir le profil pharmacologique en provenance de la pharmacie de détail du patient*) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le patient a-t-il un pilulier ?  Oui     Non      Préparé par :  Patient     Pharmacien     Famille

Le patient les prend-il seul ?  oui     non      Fait-il des oublis – erreurs?  oui     non

Atteinte des fonctions cognitives :  non     légère     modérée     sévère

Résultat mini-mental : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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



## **Comportement**

Le patient a-t-il été avisé et est-il prêt à être hospitalisé pour une période de 3 semaines ou plus ?

oui  non

Va-t-il coopérer pour suivre des thérapies ?  oui  non

Présente-t-il : 1. des troubles de comportement ?

oui, lesquels : \_\_\_\_\_

non

2. des troubles d'errance ?

oui, lesquels : \_\_\_\_\_

non

Atteinte fonctionnelle (activités vie domestique) :

oui, spécifiez

Depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_

non

Atteinte fonctionnelle (activités vie quotidienne) :  oui, spécifiez  non

## **Mobilité**

pleine mobilité

aide technique

fauteuil roulant

alité

### **Services actuels de CLSC**

Quels types de services reçoit-il ?

nutrition

inf.

T.S.

ergo.

physio.

md

aux. familiale

aide privée

autres : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine au total : \_\_\_\_\_

Une demande d'hébergement a-t-elle été entreprise ?  oui (si oui, date : \_\_\_\_\_)  non

Une relocalisation est-elle envisagée par le patient et/ou les intervenants et/ou famille d'ici 6 mois ?

oui  non

Avez-vous complété un outil multicientèle (OEMC) ?  oui (si oui, le joindre en annexe)  non

Le pronostic du retour à domicile après l'évaluation est favorable :  oui  non

Réseau familial impliqué :  oui, si oui, comment ? : \_\_\_\_\_  non

## **RÉSERVÉ AUX CLSC**

Le CLSC peut-il augmenter le nombre d'heures soins au retour à domicile du patient ?  oui  non

Quels services allez-vous offrir : \_\_\_\_\_

Si le retour à domicile est compromis avez-vous une option de relocalisation?  oui  non

Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_ Signature :

