

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 :

