ANNEE - MOIS - JOUR I CHE SETVICES SOCIAUX E L'EST- de- IRIC-de-Montréal QUÉDEC IUSMM L'HL40019 L'HL400	entre intégré	Date :		
NOM / PRENOM: DATE DE NAISANCE DATE DE NAISANCE NO PASS. MALADIE Exp. : MÉDECIN TRATANT Dr UNITÉ / CLIN / PROS Exp. : MÉDECIN TRATANT Dr UNITÉ / CLIN / PROS Exp. : MÉDECIN TRATANT Dr UNITÉ / CLIN / PROS Exp. : MÉDECIN TRATANT Dr UNITÉ / CLIN / PROS Exp. : MÉDECIN TRATANT Dr UNITÉ / CLIN / PROS Exp. : MÉDECIN TRATANT Dr UNITÉ / CLIN / PROS Exp. : MÉDECIN TRATANT Dr UNITÉ / CLIN / PROS Exp. : MÉDECIN TRATANT Dr UNITÉ / CLIN / PROS Exp. : MÉDECIN TRATANT Dr UNITÉ / CLIN / PROS Exp. : MÉDECIN TRATANT Dr UNITÉ / CLIN / PROS Exp. : MÉDECIN TRATANT Dr UNITÉ / CLIN / PROS Exp. : MÉDECIN TRATANT Dr UNITÉ / CLIN / PROS Exp. : MAIN Exp.	niversitaire de santé t de services sociaux		NO DE DOSSIER :	
LILAGO19 FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE AU CENTRE MULTISERVICE GÉRIATRIQUE (CMG) IDENTIFICATION DE L'USAGER Nom:	Île-de-Montréal	♣	NOM/PRÉNOM:	
LILAGO19 FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE AU CENTRE MULTISERVICE GÉRIATRIQUE (CMG) IDENTIFICATION DE L'USAGER Nom:	Québec 🖬	<u>*</u>	DATE DE NAISSANCE :	
FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE AU CENTRE MULTISERVICE GÉRIATRIQUE (CMG) IDENTIFICATION DE L'USAGER			NO D'ASS. MALADIE :	Ехр.:
FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE AU CENTRE MULTISERVICE GÉRIATRIQUE (CMG) IDENTIFICATION DE L'USAGER			MÉDECIN TRAITANT : Dr	
Nom:				
Nom: Prénom: Âge: Sexe: F M Adresse: RAMQ: DDN: Personne à contacter en cas d'urgence : Lien: Tél: Langue parlée : Etat civil: Marié(e) Veuf(ve) Conjoint(e) Célibataire Habite: Seul Avec aidant bonne santé Avec aidant perte d'autonomie Avec aidant épuisé Millieu de vie: Domicile Résidence privée pour aînée (RPA) Ressource non-institutionnelle (RNI) CHSL Connu du soutien à domicile CLSC: Non Qui CLSC: Nom intervenant: Téléphone : Numéro permis MD: Traitant: Aucun: Date de la demande fait au GAMF: (Obligatoire pour l'admissibilité de la demande au CM Renseignements généraux Motif(s) de la référence : Problématiques - Besoins - Attentes (ex. troubles mobilité, TNC complexes, etc.) Facteurs risques associés Autres : Maintein milieu vie compromis Dangerosité (Précisez) : Vulnérabilité/Abus/Négligence Autres : Mise en place d'intervention avant la référence : Non Qui, précisez :	FORMULAIRE	DE RÉFÉRENCE AU CEN	TRE MULTISERVICE GÉI	RIATRIQUE (CMG)
Adresse: RAMQ: Code Postal: Téléphone: DDN: Personne à contacter en cas d'urgence: Lien: Tél: Langue parlée: État civil: Marié(e) Veuf(ve) Conjoint(e) Célibataire Habite: Seul Avec aidant bonne santé Avec aidant perte d'autonomie Avec aidant épuisé Millieu de vie: Domicile Résidence privée pour aînée (RPA) Ressource non-institutionnelle (RNI) CHSL Connu du soutien à domicile CLSC: Non Oui CLSC: Mom intervenant: Téléphone: Médecin Oui: Numéro permis MD: traitant: Aucun: Date de la demande fait au GAWF: (Obligatoire pour l'admissibilité de la demande au CM Renseignements généraux Motif(s) de la référence: Problématiques - Besoins - Attentes (ex. troubles mobilité, TNC complexes, etc.) Facteurs risques associés Risque chutes Dénutrition Maintien milieu vie compromis Dangerosité (Précisez): Vulnérabilité/Abus/Négligence Mise en place d'intervention avant la référence: Non Oui, précisez:	IDENTIFICATION DE L'USAC	SER SER		
Code Postal : Téléphone : DDN : Personne à contacter en cas d'urgence : Lien : Tél :	Nom :	Prénom :	Âge :	Sexe: OF OM
Personne à contacter en cas d'urgence : Lien : Tél : Langue parlée : État civil :	Adresse :		RAMQ:	
Lien: Tél: Langue parlée: État civil: Marié(e) Veuf(ve) Conjoint(e) Célibataire Habite: Seul Avec aidant bonne santé Avec aidant perte d'autonomie Avec aidant épuisé Milieu de vie: Domicile Résidence privée pour aînée (RPA) Ressource non-institutionnelle (RNI) CHSL Connu du soutien à domicile CLSC: Non Oui CLSC: Nom intervenant: Téléphone: Médecin Oui: Numéro permis MD: traitant: Aucun: Date de la demande fait au GAMF: (Obligatoire pour l'admissibilité de la demande au CM Renseignements généraux Motif(s) de la référence: Problématiques - Besoins - Attentes (ex. troubles mobilité, TNC complexes, etc.) Facteurs risques associés Risque chutes Dénutrition Maintien milieu vie compromis Dangerosité (Précisez): Vulnérabilité/Abus/Négligence Autres: Mise en place d'intervention avant la référence: Non Oui, précisez:	Code Postal :	Téléphone :	DDN :	
Langue parlée : État civil :	Personne à contacter en c	•	т.	41 .
État civil:		Lieii .		ਈ .
Médecin Oui:		· · · ·		2 2 (, 3
traitant :			Tálánhana	
Motif(s) de la référence : Problématiques - Besoins - Attentes (ex. troubles mobilité, TNC complexes, etc.) Facteurs risques associés Risque chutes Dénutrition Maintien milieu vie compromis Dangerosité (Précisez): Vulnérabilité/Abus/Négligence Autres : Mise en place d'intervention avant la référence : Non Oui, précisez :	Nom intervenant :		Téléphone :	rmis MD ·
Motif(s) de la référence : Problématiques - Besoins - Attentes (ex. troubles mobilité, TNC complexes, etc.) Facteurs risques associés Risque chutes Dénutrition Maintien milieu vie compromis Dangerosité (Précisez): Vulnérabilité/Abus/Négligence Autres : Mise en place d'intervention avant la référence : Non Oui, précisez :	Nom intervenant :		Téléphone : Numéro pe	
Mise en place d'intervention avant la référence : Non Oui, précisez:	Nom intervenant : Médecin Oui : traitant : Aucun : Date Renseignements généraux	e de la demande fait au GAMF :	Téléphone : Numéro pe	ur l'admissibilité de la demande au CM
Diagnostics/Antécédents médicaux/Conditions associées :	Nom intervenant : Médecin Oui : traitant : Aucun : Date Renseignements généraux Motif(s) de la référence : P Facteurs risques associés Risque chutes Dénu	e de la demande fait au GAMF : roblématiques - Besoins - Atten	Téléphone : Numéro pe (Obligatoire po	ur l'admissibilité de la demande au CN
	Médecin Oui :	e de la demande fait au GAMF : roblématiques - Besoins - Atten trition	Téléphone : Numéro pe (Obligatoire po tes (ex. troubles mobilité, TNC de mpromis Dangerosité (Pré	ur l'admissibilité de la demande au CM

N° dossier :

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX - SUITE
Antécédents hospit. gériatrique/médecine : O Non Oui, précisez :
Si oui, dans la dernière année : Nombre de visite à l'urgence : Nombre de séjour à l'hôpital : Autres :
Antécédents hospit. psychiatriques ou autres : O Non Oui, précisez :
Si oui, dans la dernière année : Nombre de visite à l'urgence : Nombre de séjour à l'hôpital :
Autres :
Antécédents psychiatriques : Ono Oui, précisez :
Consultations médicales précédentes :
INFORMATIONS OBLIGATOIRES REQUIS POUR TOUS LES SERVICES DU CMG
L'usager consent à ce que les informations soient communiquées au Centre Multiservices Gériatrique (CMG) du
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Le médecin traitant de l'usager est avisé de cette référence au Centre multiservices Gériatrique (CMG)
Le référent transmet les résultats d'examens pertinents au CMG selon le motif de la demande de référence (ex: labos, MOCA/MMSE, bilan sanguin, imagerie médicale, scan, OEMC, évaluations précédentes, notes médicales et professionnelles, etc)
Date de la référence :
Nom du référent : Téléphone :
Titre : # Permis :
Nom du lieu de pratique (ex. : CLSC, CHSLD, GMF, CH,) :
Signature :
*Veuillez vous assurer que vos coordonnées sont exactes. Il se peut que nous ayons besoin de communiquer avec vous pour obtenir des précisions concernant votre demande.
VEUILLEZ FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE DE RÉFÉRENCE AU :
Guichet unique du Centre multiservices gériatrique : cmg.cemtl@ssss.gouv.qc.ca ou 514-251-1310 (télécopieur)
Pour toute information, communiquer au 514-251-0066
SECTION RÉSERVÉE AU GUICHET UNIQUE DU CMG
Demande acceptée et envoyée au service :
Rendez-vous donné à l'usager : O Non Oui, date :
Demande refusée et retour au référent
Motifs du refus et recommandations :
Retour fait au référent pour transmettre l'information de la décision du guichet unique CMG
Signature de l'intervenant du guichet : Date :

Nom de l'usager :