

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



Date : _____
ANNÉE - MOIS - JOUR

NO DE DOSSIER : _____
NOM / PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
NO D'ASS. MALADIE : _____ Exp. : _____
MÉDECIN TRAITANT : Dr _____
UNITÉ / CLIN. / PROG. : _____

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE AU CENTRE MULTISERVICE GÉRIATRIQUE (CMG)

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____ Sexe : F M
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
Milieu de vie : Domicile Résidence privée pour aînée (RPA) Ressource non-institutionnelle (RNI) CHSLD
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 CMG)

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 Dangersité (Précisez) : _____
 Vulnérabilité/Abus/Négligence Autres : _____

Mise en place d'intervention avant la référence :

Non Oui, précisez : _____

Diagnosics/Antécédents médicaux/Conditions associées : _____

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Nom de l'utilisateur :	N° dossier :
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX - SUITE	
Antécédents hospit. gériatrique/médecine : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> 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 : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, précisez : _____ Si oui, dans la dernière année : Nombre de visite à l'urgence : _____ Nombre de séjour à l'hôpital : _____ Autres : _____	
Antécédents psychiatriques : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, précisez : _____	
Consultations médicales précédentes : _____ _____	
INFORMATIONS OBLIGATOIRES REQUIS POUR TOUS LES SERVICES DU CMG	
<input type="checkbox"/> L'utilisateur consent à ce que les informations soient communiquées au Centre Multiservices Gériatrique (CMG) du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal <input type="checkbox"/> Le médecin traitant de l'utilisateur est avisé de cette référence au Centre multiservices Gériatrique (CMG) <input type="checkbox"/> Le référent transmet les résultats d'exams 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	
<input type="checkbox"/> Demande acceptée et envoyée au service : _____ Rendez-vous donné à l'utilisateur : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, date : _____	
<input type="checkbox"/> Demande refusée et retour au référent Motifs du refus et recommandations : _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Retour fait au référent pour transmettre l'information de la décision du guichet unique CMG	
Signature de l'intervenant du guichet :	
Date :	_____
ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM	