

**Veuillez consulter les normes de conception  
avant de débiter la création ou la modification  
du formulaire.**

[Normes de conception](#)

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

**DEMANDE DE CONSULTATION  
CENTRE D'EXPERTISE EN GÉRIATRIE DE QUÉBEC (CEGQ)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Direction clinique _____ Programme _____ Site _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Informations sur la demande de consultation</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) référent : _____<br>Spécialité : _____ Numéro permis : _____<br>Téléphone : _____ Télécopieur : _____<br>Nom du médecin de famille : _____<br><input type="checkbox"/> L'utilisateur n'a pas de médecin de famille                                                                                                                                                               | Contact pour la prise de rendez-vous <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> PPA<br>Usager autorise que l'on communique avec la PPA<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Nom de la PPA : _____<br>Lien : _____ Téléphone : _____ |
| <b>Pour toute demande de consultation au CEGQ, joindre rapports ou documents pertinents<sup>2</sup></b><br>(sommaire médical, liste de problèmes/antécédents médicaux, copie des tests cognitifs (Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Mini-Mental State Examination (MMSE), etc.), électrocardiogramme (ECG) récent, rapports professionnels, etc.)<br>Raison de consultation et renseignements cliniques pertinents : _____<br>_____<br>_____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Besoins et attentes</b><br><input type="checkbox"/> Établir ou préciser un diagnostic <input type="checkbox"/> Suggestion thérapeutique <input type="checkbox"/> Évaluation aptitude <input type="checkbox"/> Autre : _____                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Clinique demandée</b><br><input type="checkbox"/> Clinique d'accès rapide<br><input type="checkbox"/> Volet général <input type="checkbox"/> Clinique de mémoire (CIME)<br><input type="checkbox"/> Oncogériatrie <input type="checkbox"/> Néphrogériatrie <input type="checkbox"/> Pré-opératoire <input type="checkbox"/> Cardiogériatrie                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Demande à la clinique d'accès rapide (CAR) <input type="checkbox"/> P1 (moins de 5 jours)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Situation médicale semi-urgente en déclin (moins d'un mois) sans hospitalisation requise, avec syndromes gériatriques nouveaux ou aggravés<br><input type="checkbox"/> Déclin cognitif<br><input type="checkbox"/> Trouble de mobilité/chute<br><input type="checkbox"/> Détérioration fonctionnelle<br><input type="checkbox"/> Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)<br><input type="checkbox"/> Autre : _____      |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

**Pour la CAR, transmettre la demande à**  
 car.cegq.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca  
 Téléphone : **581 989-0373**

<sup>1</sup>Tout usager devra être accompagné d'une personne proche aidante (PPA) et doit être en mesure de se déplacer au CEGQ

<sup>2</sup>Si la référence provient de l'extérieur du CHU de Québec – Université Laval, joindre aussi les consultations et les examens pertinents, ainsi que l'évaluation réalisée par l'infirmière pivot en oncologie (IPO), s'il y a lieu.

Nom :

N° dossier :

| Demande de consultation au volet général ou à la clinique de mémoire (CIME)                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Priorité clinique <input type="checkbox"/> P2 (moins de 10 jours) <input type="checkbox"/> P3 (moins de 30 jours) <input type="checkbox"/> P4 (moins de 90 jours)                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Volet général                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Clinique de mémoire (CIME)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie<br><input type="checkbox"/> Trouble cognitif/mémoire<br><input type="checkbox"/> Polymédication potentiellement néfaste/déprescription<br><input type="checkbox"/> Chutes récurrentes non syncopales inexpliquées<br><input type="checkbox"/> Maltraitance/abus/négligence | <input type="checkbox"/> Sarcopénie/cachexie<br><input type="checkbox"/> Trouble de mobilité/équilibre<br><input type="checkbox"/> SCPD<br><input type="checkbox"/> Malnutrition/perte de poids<br><input type="checkbox"/> Doute sur l'aptitude                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Usager âgé entre 65 et 70 ans avec des troubles cognitifs<br><input type="checkbox"/> Incertitude maintenue quant au diagnostic après une première évaluation au volet général ou en psychogériatrie<br><input type="checkbox"/> Trouble cognitif atypique (corps de Lewy, démence frontotemporale, Parkinson-plus, etc.) | <input type="checkbox"/> Tableau rapidement évolutif (signes neurologiques focaux, aphasie, apraxie)<br><input type="checkbox"/> Plaintes mnésiques avec dépistage négatif<br><input type="checkbox"/> Demande par l'utilisateur ou ses proches pour obtenir une deuxième opinion |
| <b>Pour le volet général ou la CIME, transmettre la demande à</b> <a href="mailto:2eligne.dsapa.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca">2eligne.dsapa.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca</a><br>Téléphone : <b>418 682-7605</b> Télécopieur : <b>418 577-8904</b>                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Demande de consultation dans une clinique de fragilité                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| (usager dont la fragilité a besoin d'être évaluée afin de déterminer le plan de traitement, la prise en charge et le plan de suivi)                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Priorité clinique <input type="checkbox"/> P2 (moins de 10 jours) <input type="checkbox"/> P3 (moins de 30 jours) <input type="checkbox"/> P4 (moins de 90 jours)                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Clinique d'oncogériatrie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nom de l'IPO : _____<br>Numéro de téléphone : _____<br>Type de cancer : _____<br>Stade du cancer : _____<br>Traitement envisagé : _____<br>Date estimée du début du traitement : _____<br><div style="text-align: right;">aaaa/mm/jj</div> Information additionnelle : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Clinique de néphrogériatrie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;">             Nom de l'IPS si connu : _____<br/>             Numéro de téléphone : _____<br/>             Raison de consultation :<br/> <input type="checkbox"/> Pré-dialyse péritonéale<br/> <input type="checkbox"/> Pré-hémodialyse           </div> <div style="flex: 1; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> Pré-greffe <input type="checkbox"/> Dialysé vulnérable<br/> <input type="checkbox"/> Orientation thérapeutique<br/> <input type="checkbox"/> Traitement rénal conservateur<br/> <input type="checkbox"/> Opinion insuffisance rénale chronique<br/> <input type="checkbox"/> Autre : _____           </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Clinique pré-opératoire</b><br>(autre que chirurgie cardiaque)                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Prothèse totale de genou <input type="checkbox"/> Prothèse totale de hanche <input type="checkbox"/> Autre : _____<br>Date estimée de l'opération : _____<br><div style="text-align: right;">aaaa/mm/jj</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Clinique de cardiogériatrie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Intervention visée : <input type="checkbox"/> TAVI <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque : _____<br><input type="checkbox"/> Autre : _____ Date estimée de l'intervention : _____<br><div style="text-align: right;">aaaa/mm/jj</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Pour les cliniques de FRAGILITÉ, transmettre la demande à</b> <a href="mailto:cegq.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca">cegq.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca</a><br>Téléphone : <b>418 682-7605</b> Télécopieur : <b>418 682-7612</b>                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Date : _____ Signature : _____ Profession : _____ Numéro permis _____<br><div style="text-align: left;">aaaa/mm/jj</div>                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Légende</b> CHU : Centre hospitalier universitaire TAVI : transcatheter aortic valve implantation PPA : personne proche aidante                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>SIGNATURE ÉLECTRONIQUE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

CN00806 (2025-06-19)

**DEMANDE DE CONSULTATION**  
**CENTRE D'EXPERTISE EN GÉRIATRIE DE QUÉBEC (CEGQ)**

Dossier usager  
 D.I.C.: 3-4-4  
 Page 2 de 2