

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 _____	
Informations sur la demande de consultation	
Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) référent : _____ Spécialité : _____ Numéro permis : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Nom du médecin de famille : _____ ☐ L'utilisateur n'a pas de médecin de famille	Contact pour la prise de rendez-vous ¹ ☐ Usager ☐ PPA Usager autorise que l'on communique avec la PPA ☐ Oui ☐ Non Nom de la PPA : _____ Lien : _____ Téléphone : _____
Pour toute demande de consultation au CEGQ, joindre rapports ou documents pertinents² (sommaire médical, liste de problèmes/antécédent médicaux, copie des tests cognitifs (Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Mini-Mental State Examination (MMSE), etc.), électrocardiogramme (ECG) récent, rapports professionnels, etc.) Raison de consultation et renseignements cliniques pertinents : _____ _____ _____	
Besoins et attentes ☐ Établir ou préciser un diagnostic ☐ Suggestion thérapeutique ☐ Évaluation aptitude ☐ Autre : _____	
Clinique demandée ☐ Clinique d'accès rapide ☐ Volet général ☐ Clinique de mémoire (CIME) ☐ Oncogériatrie ☐ Néphrologie ☐ Pré-opératoire ☐ Cardiogériatrie	
Demande à la clinique d'accès rapide (CAR) ☐ P1 (moins de 5 jours)	
Situation médicale semi urgente en déclin (moins d'un mois) sans hospitalisation requise, avec syndromes gériatriques nouveaux ou aggravés ☐ Déclin cognitif ☐ Trouble de mobilité/chute ☐ Détérioration fonctionnelle ☐ Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ☐ Autre : _____	

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

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

²Si 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 ☐ P2 (moins de 10 jours) ☐ P3 (moins de 30 jours) ☐ P4 (moins de 90 jours)			
Volet général		Clinique de mémoire (CIME)	
☐ Perte d'autonomie ☐ Trouble cognitif/mémoire ☐ Polymédication potentiellement néfaste/déprescription ☐ Chutes récurrentes non syncopales inexpliquées ☐ Maltraitance/abus/négligence	☐ Sarcopénie/cachexie ☐ Trouble de mobilité/équilibre ☐ SCPD ☐ Malnutrition/perte de poids ☐ Doute sur l'aptitude	☐ Usager âgé entre 65 et 70 ans avec des troubles cognitifs ☐ Incertitude maintenue quant au diagnostic après une première évaluation au volet général ou en psychogériatrie ☐ Trouble cognitif atypique (Corps de Lewy, démence frontotemporale, Parkinson-plus, etc.)	☐ Tableau rapidement évolutif (signes neurologiques focaux, aphasie, apraxie) ☐ Plaintes mnésiques avec dépistage négatif ☐ Demande par l'utilisateur ou ses proches pour obtenir une deuxième opinion
Pour le volet général ou la CIME, transmettre la demande à 2eligne.dsapa.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca Téléphone : 418 682-7605 Télécopieur : 418 577-8904			
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 ☐ P2 (moins de 10 jours) ☐ P3 (moins de 30 jours) ☐ P4 (moins de 90 jours)			
Clinique d'oncologie	Nom de l'IPO : _____ Numéro de téléphone : _____ Type de cancer : _____ Stade du cancer : _____ Traitement envisagé : _____ Date estimée du début du traitement : _____ aaaa/mm/jj Information additionnelle : _____		
Clinique de néphrologie	Nom de l'IPS si connu : _____ Numéro de téléphone : _____ Raison de consultation : ☐ Pré-dialyse péritonéale ☐ Pré-hémodialyse ☐ Pré-greffe ☐ Dialyse vulnérable ☐ Orientation thérapeutique ☐ Traitement rénal conservateur ☐ Opinion insuffisance rénale chronique ☐ Autre : _____		
Clinique pré-opératoire (autre que chirurgie cardiaque)	☐ Prothèse total de genou ☐ Prothèse total de hanche ☐ Autre : _____ Date estimée de l'opération : _____ aaaa/mm/jj		
Clinique de cardiogériatrie	Intervention visée : ☐ TAVI ☐ Chirurgie cardiaque : _____ ☐ Autre : _____ Date estimée de l'intervention : _____ aaaa/mm/jj		
Pour les cliniques de FRAGILITÉ, transmettre la demande à cegq.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca Téléphone : 418 682-7605 Télécopieur : 418 682-7612			
Date : _____ Signature : _____ Profession : _____ Numéro permis _____ aaaa/mm/jj			
Légende CHU : Centre hospitalier universitaire TAVI : transcatheter aortic valve implantation			
SIGNATURE ÉLECTRONIQUE			