



## FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EN GÉRIATRIE AU CHUM

Pour être vu en gériatrie le patient doit :

- Avoir plus de 65 ans et
- Ne pas avoir de trouble lié à l'usage d'une substance ACTIF

Nom du patient :	
Âge :	D.D.N. :
RAMQ :	EXP :
Adresse :	Code postal :
Téléphone du patient :	
Personne contact (lien):	Téléphone :
<i>À compléter si le patient n'est pas connu du CHUM :</i>	
Nom complet du père :	
Nom complet de la mère :	

RAISON DE CONSULTATION :

---

---

---

Antécédents pertinents ou autres syndromes gériatriques significatifs :

---

---

---

Le patient est-il connu du CLSC?    Oui                                        Non   

LE PATIENT POURRAIT-IL AVOIR BESOIN DES ÉVALUATIONS SUIVANTES?

*(cocher si répond aux critères entre parenthèses seulement)*

- Physiothérapie** (plus de 2 chutes dans la dernière année ou déclin marqué de la mobilité non investigué)
- Ergothérapie** (déclin fonctionnel aux AVD difficile à objectiver, conduite auto problématique ou aptitude questionnée)

- Nutrition** (perte de poids significative d'étiologie imprécise)

*Ces informations nous permettront d'orienter le patient de la façon la plus appropriée*

Médecin référent : \_\_\_\_\_ **Numéro de pratique** : \_\_\_\_\_

Adresse de correspondance : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Télécopieur** : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

SVP, nous envoyer, si possible, tout document jugé pertinent à l'évaluation (MMSE, MoCA, évaluations du CLSC, imagerie, bilans sanguins, liste de Rx).

En présence de troubles cognitifs, nous recommandons le bilan suivant AVANT le rendez-vous : Vitamine B12, TSH, FSC, biochimie et scan cérébral.

MERCI DE COMPLÉTER LA TOTALITÉ DU FORMULAIRE SANS QUOI CELUI-CI  
POURRAIT ÊTRE RETOURNÉ

**ENVOYER LA DEMANDE AU CHUM :**

**Télécopieur : 514-412-7000**

Téléphone de la clinique de gériatrie : 514-890-8000 poste 33110