



**PROGRAMME RÉGIONAL D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE (PRÉG)
DEMANDE D'ADMISSION – ÉQUIPES MOBILES D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE**

EST Centre de Santé Élisabeth-Bruyère, Service de santé OUEST Queensway-Carleton Hospital
Tél. : (613) 562-6362 Téléc. : (613) 562-6373 Tél. : (613) 721-0041 Téléc. : (613) 820-6659

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT :					
NOM DE FAMILLE <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> D ^r		PRÉNOM	Date de naissance (aa/mm/jj)	ÂGE	SEXE <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
ADRESSE		VILLE	PROV	CODE POSTAL	N° TÉL.
N° CARTE SANTÉ DE L'ONTARIO	CODE DE CARTE SANTÉ :	LANGUE DE PRÉFÉRENCE : <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> FRANÇAIS		AUTRE (Précisez)	LANGUE MATERNELLE
CLIENT CONSENT À LA DEMANDE? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI SI NON, POURQUOI?					
RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU MÉDECIN DE FAMILLE :					
MÉDECIN DE FAMILLE :					
ADRESSE		VILLE	PROV	CODE POSTAL	N° TÉL.
DEMANDE FAITE PAR UNE AUTRE PERSONNE (VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE) :					
ORGANISME/PROFESSIONNEL/LIEN AVEC LE CANDIDAT :					
MÉDECIN AU COURANT DE LA DEMANDE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI SI NON, POURQUOI?			MÉDECIN D'ACCORD AVEC LA DEMANDE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI SI NON, POURQUOI?		
ADRESSE		VILLE	PROV	CODE POSTAL	N° TÉL.
MOTIFS DE LA DEMANDE (VEUILLEZ COCHER TOUT CE QUI S'APPLIQUE) :					
<input type="checkbox"/> Évaluation cognitive	<input type="checkbox"/> Évaluation fonctionnelle	<input type="checkbox"/> Révision/Gestion des médicaments	<input type="checkbox"/> Stress du l'aidant naturel	<input type="checkbox"/> Mobilité	
<input type="checkbox"/> Évaluation de l'humeur	<input type="checkbox"/> Troubles du Comportement	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé multiples	<input type="checkbox"/> Suggestien problème de sécurité		
Commentaires :					
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX IMPORTANTS (Y COMPRIS LES CHANGEMENTS RÉCENTS) :					
1.		2.		3.	
4.		5.		6.	
RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'AIDANT NATUREL :					
Nom		Lien avec le client:		Téléphone : Domicile : Bureau: Cell:	
Adresse		Ville	Province	Code Postal	
AVEC QUI DEVRIIONS-NOUS COMMUNIQUER POUR FIXER LE RENDEZ-VOUS? <input type="checkbox"/> CLIENT <input type="checkbox"/> L'AIDANT NATUREL <input type="checkbox"/> LES DEUX					
CONTACT ANTÉRIEUR AVEC LE PRÉG/LES SERVICES DE TRAITEMENT/LES SERVICES DE GÉRONTO-PSYCHIATRIE/LA CLINIQUE DES TROUBLES DE MÉMOIRE					
DATES ET SERVICES CONTACTÉS :					
SERVICES de PRÉG :	ÉQUIPE <input type="checkbox"/> EST <input type="checkbox"/> OUEST	Hôpital gériatrique de jour <input type="checkbox"/> CIVIC <input type="checkbox"/> EBP <input type="checkbox"/> OCH	Clinique: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Endoit:	Unité d'évaluation gériatrique patient hospitalisé : <input type="checkbox"/> CIVIC <input type="checkbox"/> OCH	

AUTRES SERVICES:		Services communautaires de géro-psycho-geriatrie: <input type="checkbox"/>	HRO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Clinique des troubles de mémoire
AUTRES SPÉCIALISTES INTERVENANT ACTUELLEMENT :				
Cardiologue <input type="checkbox"/>	Neurologue <input type="checkbox"/>	Urologue <input type="checkbox"/>	Orthopédiste <input type="checkbox"/>	Spécialiste de l'Unité d'évaluation gériatrique <input type="checkbox"/>
Rhumatologue <input type="checkbox"/>	Gastro-entérologue <input type="checkbox"/>	Autre: <input type="checkbox"/> _____ NOM: _____ <input type="checkbox"/> _____ NOM: _____		
AUTRES SERVICES PROFESSIONNELS OU COMMUNAUTAIRES – Veuillez fournir le nom et le numéro de téléphone, si vous les connaissez				
CASC: Gestionnaire de cas :	Soins infirmiers	Aide ménagère	Popotes roulantes	Ligne secours
Services privés	Para-Transpo	Autre		
PROBLÈMES DE SÉCURITÉ CONNUS ENVERS LES PERSONNES VISITANT LE CANDIDAT À SON DOMICILE?				
<input type="checkbox"/> Agressivité physique <input type="checkbox"/> Problèmes litigieux potentiels	<input type="checkbox"/> Agressivité verbale <input type="checkbox"/> Comportement du soignant/de la famille	<input type="checkbox"/> Problèmes découlant du milieu <input type="checkbox"/> Problèmes de santé	<input type="checkbox"/> Animaux <input type="checkbox"/> Autre	
COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES : (Veuillez ajouter une feuille si l'espace est insuffisant.)				
COMPLÉTÉ PAR :				
Complété par: (en caractères d'imprimerie)			Signature	
Organisme affilié à :			Date de la demande : (aa-mm-jj)	