



PROGRAMME GÉRIATRIQUE RÉGIONAL de l'EST de l'ONTARIO (PGREO)
DEMANDE D'ADMISSION - ÉQUIPES MOBILES D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE

EST Soins continus Bruyère Tél. : 613-562-6362 Téléc. : 613-562-6373
 OUEST Hôpital Queensway-Carleton Tél. : 613-721-0041 Téléc. : 613-820-6659

Le patient habite-t-il seul? NON OUI

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT					
NOM DE FAMILLE <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> D ^r		PRÉNOM	Date de naissance (aaaa / mm / jj)	ÂGE	SEXE <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
ADRESSE		VILLE	PROV.	CODE POSTAL	N° TÉL.
N° de CARTE SANTÉ DE L'ONTARIO	CODE DE CARTE SANTÉ	LANGUE DE PRÉFÉRENCE <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> FRANÇAIS		AUTRE (<i>Précisez</i>)	LANGUE MATERNELLE
PATIENT CONSENT À LA DEMANDE? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI SI NON, POURQUOI?					
RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU MÉDECIN DE FAMILLE					
MÉDECIN DE FAMILLE :					N° Tél.
ADRESSE		VILLE	PROV.	CODE POSTAL	N° Téléc.
DEMANDE FAITE PAR UNE AUTRE PERSONNE (REPLIR LA SECTION SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE)					
ORGANISME / PROFESSION / LIEN AVEC LE PATIENT :					
ADRESSE		VILLE	PROV.	CODE POSTAL	N° TÉL.
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?			
MOTIFS DE LA DEMANDE (VEUILLEZ COCHER TOUTES LES RÉPONSES APPLICABLES)					
<input type="checkbox"/> Évaluation cognitive <input type="checkbox"/> Évaluation de l'humeur <input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Évaluation fonctionnelle <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Préoccupations alimentaires	<input type="checkbox"/> Révision/Gestion des médicaments <input type="checkbox"/> Problèmes de santé multiples	<input type="checkbox"/> Stress de l'aidant naturel <input type="checkbox"/> Problèmes de sécurité	<input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> Chutes, nombre :	
Commentaires :					
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX IMPORTANTS (Y COMPRIS LES CHANGEMENTS RÉCENTS)					
1.	2.	3.			
4.	5.	6.			
RENSEIGNEMENTS DE L'AIDANT NATUREL					
Nom	Lien avec le patient :		Téléphone domicile :		
Adresse	Ville	Province	Bureau : Cellulaire :		
Code postal					
AVEC QUI DEVRIONS-NOUS COMMUNIQUER POUR FIXER LE RENDEZ-VOUS? <input type="checkbox"/> LE PATIENT <input type="checkbox"/> L'AIDANT NATUREL <input type="checkbox"/> LES DEUX					

CONTACT ANTÉRIEUR AVEC LE PGREO / SERVICES DE TRAITEMENT / SERVICES DE GÉRONTO-PSYCHIATRIE / CLINIQUE DES TROUBLES DE LA MÉMOIRE				
DATE(S) DE CONTACT ET SERVICE(S) CONCERNÉ(S)				
SERVICE DU PGREO :	Équipe mobile d'évaluation gériatrique <input type="checkbox"/> EST <input type="checkbox"/> OUEST	Hôpital gériatrique de jour <input type="checkbox"/> CIVIC <input type="checkbox"/> SCB <input type="checkbox"/> QCH	Clinique gériatrique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Endroit:	Unité d'évaluation gériatrique Patient hospitalisé : <input type="checkbox"/> CIVIC <input type="checkbox"/> HQC <input type="checkbox"/> Réadaptation gériatrique Bruyère
AUTRES SERVICES:	<input type="checkbox"/> Services communautaires de géronto-psychiatrie d'Ottawa		<input type="checkbox"/> Centre de santé mentale Royal Ottawa	<input type="checkbox"/> Clinique des troubles de la mémoire
AUTRES SPÉCIALISTES INTERVENANT À L'HEURE ACTUELLE				
<input type="checkbox"/> 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		Autre(s): <input type="checkbox"/> _____ NOM : _____ <input type="checkbox"/> _____ NOM : _____	
AUTRES SERVICES PROFESSIONNELS OU COMMUNAUTAIRES <i>Veillez fournir le nom et le numéro de téléphone, si vous les connaissez.</i>				
<input type="checkbox"/> CASC: Gestionnaire de soins :		<input type="checkbox"/> Soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Service d'aide à domicile	<input type="checkbox"/> Popote roulante <input type="checkbox"/> Ligne secours
<input type="checkbox"/> Services privés		<input type="checkbox"/> Para-Transpo		<input type="checkbox"/> Autre(s) :
PROBLÈMES DE SÉCURITÉ CONNUS POUR LES PERSONNES VISITANT LE PATIENT 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"/> SARM / ERV positif : Oui Non	<input type="checkbox"/> Animaux <input type="checkbox"/> Autre	
COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES (Ajoutez une feuille au besoin.)				
Rempli par : (en lettres moulées)			Signature	
Organisme affilié :			Date de la demande : (aaaa-mm-jj)	