



**DEMANDE DE CONSULTATION**  
**CLINIQUE DE CHUTES ET D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE**

↑ Adressographe ou  
No de dossier, nom, prénom et DDN

☐ Double identification faite

**Identification de l'usager.ère**

Veuillez écrire en caractères gras pour télécopie. Informations **obligatoires, complètes et bien lisibles**. Référence pour usager.ère **ne relevant pas spécifiquement** de la clinique de cognition, de la clinique de gestion de la douleur chronique, de la clinique de dysphagie, clinique de chute ou de la clinique de continence urinaire.

No d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Exp. : \_\_\_\_\_

Nom à la naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom usuel : \_\_\_\_\_ Sexe : ☐ F ☐ M

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Langue(s) parlée(s) : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : \_\_\_\_\_

**Personne à contacter (si requis) :**

Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

**Raison de consultation**

Échelle de priorité clinique : C : ≤ 28 jours    D : ≤ 3 mois    E : ≤ 12 mois    Délai visé : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur atypique (prérequis : imagerie cérébrale 6 mois et moins, MOCA ou MMSE)	D	<input type="checkbox"/> Maltraitance : situation d'abus, négligence, etc. (prérequis : rapport d'évaluation psychosociale, rapport d'imagerie cérébrale ou à prescrire si non réalisé). Nom et téléphone du/de la travailleur.euse social.e requis à inscrire dans renseignements cliniques	C
<input type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur typique : préciser la problématique à évaluer (prérequis : MOCA ou MMSE. Souhaitable : imagerie cérébrale)	E	<input type="checkbox"/> Perte de poids inexpliquée chez usager.ère > 75 ans après investigation appropriée (prérequis : rapports pertinents)	D
« Trouble du comportement » SCPD sans antécédent de maladies psychiatriques (réfractaire aux interventions de l'équipe SCPD de première ligne si disponible), (prérequis : imagerie cérébrale 6 mois et moins, MOCA ou MMSE)	<input type="checkbox"/> MAD potentiellement compromis à court terme  <input type="checkbox"/> MAD non compromis à court terme	D	D
<input type="checkbox"/> Chutes récurrentes non syncopales inexpliquées (souhaitable : rapport d'évaluation en physiothérapie)	C	<input type="checkbox"/> Polypharmacie potentiellement néfaste/déprescription (prérequis : profil pharmacologique à jour). Indiquer si plus d'une pharmacie  <input type="checkbox"/> Trouble de la marche et de l'équilibre (souhaitable : rapport d'imagerie cérébrale, rapport d'évaluation en physiothérapie)	D

Nom :

Prénom :

# Dossier :

Raison spécifique de la consultation (décrire) : \_\_\_\_\_

Médecin traitant.e : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Médecin référant.e : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Programme référent :    Omnipraticien.ne : ☐ CLSC ☐ GMF ☐ Cabinet privé

Spécialiste, préciser : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux et chirurgicaux, préciser : \_\_\_\_\_

Médication actuelle : \_\_\_\_\_

Allergies médicamenteuses : \_\_\_\_\_

Consultations antérieures et autres prises en charge en rapport avec le motif de référence :

Spécialités	Nom	Date	Diagnostic/recommandations
-------------	-----	------	----------------------------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

**L'étude de la demande se fera seulement si le dossier est complet.**

**Veillez envoyer les résultats paracliniques pertinents :**

- Radiographies simples
- ECG
- CT-Scan
- IRM
- Tests sanguins

**Veillez retourner la demande à :**

Clinique de chutes et d'évaluation gériatrique  
Institut universitaire de gériatrie de Montréal  
4565, chemin Queen-Mary  
Montréal (Québec) H3W 1W5

Courriel : [hj.iugm@ssss.gouv.qc.ca](mailto:hj.iugm@ssss.gouv.qc.ca)

Téléphone : 514 340-2800, poste 3503 ou 3993

Télécopieur : 514 340-2810

Nom et prénom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_

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