

Veillez renvoyer le formulaire d'aiguillage dûment rempli et signé au plus tard par télécopieur au 613-798-2999.

Pour toute question, veuillez communiquer avec les services d'admission en gérontopsychiatrie, au 613-722-6521, poste 6637, ou à l'adresse courriel ci-dessus.

Nous examinerons toutes les demandes d'admission à l'Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie du Royal. Le gérontopsychiatre qui demande l'admission sera tenu informé du résultat de la demande. Pour les patients qui ne sont pas actuellement suivis par le CSMRO, le gérontopsychiatre qui demande l'admission DOIT en parler au préalable avec le directeur clinique de l'Unité d'hospitalisation au 613-722-6521, poste 6637.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Date de la demande d'aiguillage : JJ / MM / AAAA

Nom et prénom : _____

Numéro de carte santé : _____ Code de version : _____

Date de naissance : JJ / MM / AAAA

Sexe : Homme Femme S'identifie comme : _____ (Veuillez préciser)

Nom de jeune fille de la mère (exigé par le ministère de la Santé) : _____

Nom de jeune fille/ancien nom : _____

Language : Anglais Français Autre : _____ Interprète requis? Oui Non

Adresse du patient : _____

Ville: _____ Code postal : _____

Téléphone (mobile) : _____ Téléphone (domicile) : _____

Courriel : _____

Nom du patient : _____ Date de naissance : __JJ__ / __MM__ / AAAA

GÉRONTOPSYCHIATRE DEMANDANT L'AIGUILLAGE

Nom du gérontopsychiatre qui demande l'aiguillage (et l'Équipe d'approches) : _____

Téléphone : _____ poste _____ Télécopieur : _____

Adresse : _____

Nom du médecin de famille/généraliste : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

OBJECTIFS DE L'HOSPITALISATION

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE *(soupçonné ou connu)*

Niveau de priorité : Admission élective *(très malade et nécessitant une évaluation/un traitement en milieu hospitalier)*
 Admission urgente *(risque imminent pour soi-même ou pour autrui)*

RENSEIGNEMENTS SUR LA SITUATION JURIDIQUE

PARENT LE PLUS PROCHE/PROCUREUR AU SOIN DE LA PERSONNE

Nom : _____ Relation avec le client: _____

Procureur au soin de la personne Oui Non

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : (domicile) _____ (Mobile) _____

LE PATIENT OU LE PROCUREUR AU SOIN DE LA PERSONNE CONSENT-IL À L'HOSPITALISATION? Oui Non

DIRECTIVES PRÉALABLES *(Ne pas réanimer)* _____

Nom du patient : _____ Date de naissance : __JJ__ / __MM__ / AAAA

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERTINENTS – Veuillez indiquer votre nom complet et vos coordonnées

Évaluation psychiatrique antérieure Oui Non Effectuée par qui? _____
Si oui, veuillez obtenir les rapports d'évaluation.

Allergies : Oui Non Si oui, veuillez les indiquer : _____

Consommation de substances ((soupçonnée ou connue) – Veuillez décrire en détail si le patient consomme actuellement des substances ou s'il a des antécédents de consommation. Indiquez les dates de consommation, la durée, la quantité, la fréquence et la drogue consommée. Veuillez répéter pour chaque drogue ou substance consommée ou chaque changement majeur dans la consommation (p. ex. : sevrage, rechute). Joindre une feuille séparée si nécessaire.

ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE

 (à remplir par le professionnel qui a demandé l'aiguillage)

D'où arrive le patient? (Précisez ci-dessous)

Domicile Soins de longue durée Hôpital Autre : _____

Nom de l'établissement : _____

Unité : _____

Personne-ressource : _____

Téléphone : _____

L'établissement acceptera-t-il de reprendre le patient? Oui Non

Nom du patient : _____ Date de naissance : __JJ__ / __MM__ / AAAA

LE FORMULAIRE D'AIGUILLAGE DOIT PORTER LA SIGNATURE APPROPRIÉE POUR ÊTRE COMPLET

Informations générales jointes : Informations pertinentes, c.-à-d. analyses sanguines, tomodensitogrammes, rapports de radiographie, médicaments essayés, informations sur l'admission/le congé de l'hôpital de soins chroniques, consultations en médecine gériatrique, psychiatrie ou autres spécialités.

Les critères d'admission ont été examinés

Oui Non

La personne est médicalement stable

Oui Non

Si l'état du patient change, veuillez nous en informer.

Date : __JJ__ / __MM__ / AAAA

Rempli par : _____

Signature et désignation : _____

RÉSERVÉ À L'USAGE DU ROYAL

Date de l'aiguillage : __JJ__ / __MM__ / AAAA

Aiguillage : Accepté Refusé

Par : Responsable clinique Gestionnaire des Services de soins aux patients

En cas de refus, expliquez le motif : État médical instable Ne répond pas aux critères d'admission

Autre : _____

Dossier d'admission préparé par (initiales du personnel administratif) : _____