



# ALGORITHME DÉCISIONNEL POUR SERVICES GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS

Par

Karine Ménard infirmière clinicienne et ressource territoriale Plan  
Alzheimer CIUSSSCN

# Plan de la présentation

Présentation de l'outil:

« ALGORITHME DÉCISIONNEL POUR DEMANDE DE SERVICES SPÉCIALISÉS »

(Pour la clientèle évaluée en GMF et présentant troubles cognitifs)

# Algorithme décisionnel

## Groupe de travail:

Dr Louis Verret: Neurologue ( représentant le volet neurologie)

Dre Marie-Pierre Fortin: Gériatre ( représentante de la CGQ)

Dr Claude Patry: Md de famille ( représentant des services ambulatoires de psychogériatrie)

Mme Sylvie Avoine (responsable des trajectoires SAPA)

Karine Ménard infcl et Ressource territoriale Plan Alzheimer

Autres personnes consultées (Dr Jean-François Côté: Gériatopsychiatre, Marie-Claude Pothier-Corbeil CGQ..)



# Co-animatrices



Suite à la présentation de l'outil, du temps vous sera accordé pour poser vos questions à nos expertes!

- Mme Mélanie Gingras ( inf. B. Sc., M. Sc.) Directrice adjointe SAPA
- Mme Nancy Cyr (Inf. B. ) Clinique interdisciplinaire de la mémoire

ÉQUIPES DISPONIBLES	Équipes ambulatoires de psychogériatrie (Chauveau, CHUL, Christ-Roi, Beaupré, Jeffery Hale et Portneuf)	Clinique interdisciplinaire de la mémoire CIME volet neurologique	Clinique gériatrique de Québec (CGQ) Volets : prioritaire, général et fragilité	Psychiatrie et Gériopsychiatrie
CLIENTÈLE TYPE	Clientèle :  Avec profil gériatrique documenté	Clientèle: <ul style="list-style-type: none"><li>• Avec symptômes atypiques</li><li>• Jeunes (65 ans et -)</li><li>• Avec ATCD familiaux de TNCM précoces</li></ul>	Clientèle volet mémoire/ général <ul style="list-style-type: none"><li>• Personne âgée fragile avec profil gériatrique (65 ans et +)</li></ul> * Voir annexe pour description des différents volets de la CGQ	Clientèle : <ul style="list-style-type: none"><li>• Psychiatrie : 65 ans et -</li><li>• Gériopsychiatrie : 65 ans et + avec 1<sup>er</sup> épisode psychiatrique ou trouble psychiatrique connu complexifié par vieillissement</li></ul>
RAISONS DE RÉFÉRENCES  *Indiquer clairement la raison de la référence sur le formulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble cognitif atypique</li> <li>• Détérioration fonctionnelle</li> <li>• Diminution état général</li> <li>• Comorbidités</li> <li>• Anxiété/symptômes dépressifs</li> <li>• Dénutrition, déshydratation, déconditionnement, risque à domicile, maltraitance...</li> <li>• SCPD</li> <li>• Évaluation de l'aptitude</li> <li>• Besoin d'évaluation à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble cognitif atypique</li> <li>• Troubles cognitifs associés à un tableau/maladie neurologique</li> <li>• Dépistage génétique lorsqu'il est indiqué (Démence fronto-temporale, maladie d'Alzheimer précoce avec incidence familiale)</li> <li>• Intérêt à participer à des recherches</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clientèle âgée présentant un trouble cognitif atypique</li> <li>• Patient avec comorbidité de syndrome gériatrique</li> <li>• Clientèle avec polypharmacie potentiellement contributive au trouble cognitif</li> <li>• Trouble de comportement (SCPD) <i>sans antécédent de maladies psychiatriques</i> (réfractaire aux interventions de l'équipe SCPD de 1<sup>e</sup> ligne)</li> </ul>	<p><b>GÉRONTOPSYCHIATRIE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation psychiatrique d'une problématique cognitive</li> <li>• Polypharmacie psychiatrique</li> <li>• Usager connu en santé mentale avec élément du vieillissement qui complexifie le suivi.</li> <li>• Maladie psychiatrique tardive avec exacerbation lors du vieillissement</li> <li>• SCPD complexe et réfractaire</li> </ul>
RAISONS DE RÉFÉRENCES COMMUNES	<b>Problématiques thérapeutiques</b> : échecs, questions sur les interactions ou les contre-indications ou toute problématique thérapeutique associée aux médicaments prescrits pour traiter la maladie d'Alzheimer			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande du patient ou de sa famille pour une 2<sup>e</sup> opinion (spécialiste)</li> <li>• Trouble cognitif avec atteinte/antécédents systémiques nombreux ou complexes, avec ou sans perte d'autonomie.</li> </ul>		
	Troubles cognitifs associés à l'émergence de troubles neurocomportementaux et/ou une comorbidités/antécédents psychiatriques importants			

ÉQUIPES	Équipes ambulatoires de psychogériatrie (Chauveau, CHUL, Christ-Roi, Beaupré, Jeffery Hale et Portneuf)	Clinique interdisciplinaire de la mémoire CIME Volet neurologique	Clinique gériatrique de Québec (CGQ) Volets : prioritaire, général et fragilité	Psychiatrie et Géronthopsychiatrie
DESCRIPTION DE L'ÉQUIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Équipe de professionnels de 2<sup>e</sup> ligne (Md, infirmières, ergothérapeute.)</li> <li>Spécialistes Neuropsychologues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Équipe de spécialistes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne : Neurologues, neuropsychiatre, neuropsychologue, infirmières cliniciennes et orthophoniste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Équipe de spécialistes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne : Géiatres, neuropsychologue, ergothérapeute, infirmières cliniciennes, physiothérapeute, nutritionnistes, TS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Équipe de spécialistes 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne Gérontopsychiatres, psychiatres, infirmières cliniciennes pour GMF (Coordonnées en annexe)</li> </ul>
EXIGENCES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sommaire d'hospitalisation</li> <li>Rapports de consultation</li> <li>Tests cognitifs (MEEM, Moca...)</li> <li>TDM cérébral (1 an et -)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bilan sanguin de base (calcium, créatinine, électrolytes, FSC glucose à jeun ou Hba1c, TSH, B12)</li> <li><b>*Au besoin :</b> - Albumine si suspicion dénutrition - ALT et bilirubine si suspicion maladie hépatique - Syphilis et VIH si risques ITSS ou TNC évolution rapide</li> </ul>		Exigences spécifiques à la raison de référence.
FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE REQUIS	<p>Médecin et IPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Demande de référence pour des soins et des services de proximité (DME)</li> </ul> <p>Infirmière clinicienne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>FABO</li> </ul>	<p>Médecin et IPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CRDS – Consultation en neurologie adulte</li> </ul>	<p>Médecin et IPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CRDS – Consultation dirigée au md gériatre</li> </ul> <p>* Volet prioritaire (délais &lt; 14 jours) : discussion nécessaire entre référent, ASI et gériatre</p>	<p>Médecin et IPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Demande de référence pour des soins et services de proximité (DME) ou</li> <li>CRDS – psychiatrie adulte</li> </ul>
NOUS JOINDRE ET ENVOI DE FORMULAIRE	<p>Équipe admissibilité 2<sup>e</sup> ligne Tél : 418 -529 -0931 #26220 ou <a href="mailto:soutienauxtrajectoires.dsapa.ciusssncn@ssss.gouv.qc.ca">soutienauxtrajectoires.dsapa.ciusssncn@ssss.gouv.qc.ca</a></p> <p>Envoi à l'Équipe admissibilité 2<sup>e</sup> ligne <a href="mailto:2eligne.dsapa.ciusssncn@ssss.gouv.qc.ca">2eligne.dsapa.ciusssncn@ssss.gouv.qc.ca</a></p>	<p>CRDS : Tél : 418 529-0707 # 2000 Fax : 418 649-5011</p> <p>CRV (Centrale de RV CHU) Tél : 418 649-5980</p>	<p>CRDS : Tél : 418 529-0707 # 2000 Fax : 418 649-5011</p> <p>CGQ: Tél: 418 682-7605</p> <p>ASI CGQ: Cell : 581 989-8452</p>	<p>CRDS : Tél : 418 529-0707 # 2000 Fax : 418 649-5011</p> <p>Infirmières ressources pour GMF (coordonnées en annexe)</p> <p><b>Demande de référence soins et services de proximité :</b> <a href="mailto:2eligne.dsapa.ciusssncn@ssss.gouv.qc.ca">2eligne.dsapa.ciusssncn@ssss.gouv.qc.ca</a></p>

# Équipes spécialisées



**Équipes ambulatoires de  
psychogériatrie**  
(Chauveau, CHUL, Christ-Roi,  
Beaupré, Jeffery Hale et Portneuf)

**Clinique interdisciplinaire de  
la mémoire  
CIME  
volet neurologique**

**Clinique gériatrique de Québec  
(CGQ)  
Volets : prioritaire, général et  
fragilité**

**Psychiatrie  
et  
Gérontopsychiatrie**



# Clientèle cible

<b>Équipes ambulatoires de psychogériatrie</b> (Chauveau, CHUL, Christ-Roi, Beaupré, Jeffery Hale et Portneuf)	<b>Clinique interdisciplinaire de la mémoire CIME volet neurologique</b>	<b>Clinique gériatrique de Québec (CGQ)</b> <b>Volets : prioritaire, général et fragilité</b>	<b>Psychiatrie et Gériopsychiatrie</b>
---	--	--	--




<b>Clientèle :</b> Avec profil gériatrique documenté	<b>Clientèle:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avec symptômes atypiques</li><li>• Jeunes (65 ans et -)</li><li>• Avec ATCD familiaux de TNCM précoces</li></ul>	<b>Clientèle volet mémoire/ général</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Personne âgée fragile avec profil gériatrique (65 ans et +)</li></ul> <p>* Voir annexe pour description des différents volets de la CGQ</p>	<b>Clientèle :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Psychiatrie : 65 ans et –</li><li>• Gériopsychiatrie : 65 ans et + avec 1<sup>er</sup> épisode psychiatrique ou trouble psychiatrique connu complexifié par vieillissement</li></ul>
---	--	---	---



- Souffrir de plusieurs maladies ou d'une maladie chronique
- Prendre de nombreux médicaments
- Être à risque de se dénourrir, d'avoir besoin d'aide pour les activités quotidiennes
- Être à risque de présenter des difficultés psychologiques et sociales



	Équipes ambulatoires de psychogériatrie (Chauveau, CHUL, Christ-Roi, Beaupré, Jeffery Hale et Portneuf)	Clinique interdisciplinaire de la mémoire CIME Volet neurologique	Clinique gériatrique de Québec (CGQ) Volets : prioritaire, général et fragilité	Psychiatrie et Gérontopsychiatrie
<b>RAISONS DE RÉFÉRENCES</b>  *Indiquer clairement la raison de la référence sur le formulaire 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble cognitif atypique</li> <li>• Détérioration fonctionnelle</li> <li>• Diminution état général</li> <li>• Comorbidités</li> <li>• Anxiété/symptômes dépressifs</li> <li>• Dénutrition, déshydratation, déconditionnement, risque à domicile, maltraitance...</li> <li>• SCPD</li> <li>• Évaluation de l'aptitude</li> <li>• Besoin d'évaluation à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble cognitif atypique</li> <li>• Troubles cognitifs associés à un tableau/maladie neurologique</li> <li>• Dépistage génétique lorsqu'il est indiqué (Démence fronto-temporale, maladie d'Alzheimer précoce avec incidence familiale)</li> <li>• Intérêt à participer à des recherches</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clientèle âgée présentant un trouble cognitif atypique</li> <li>• Patient avec comorbidité de syndrome gériatrique</li> <li>• Clientèle avec polymédication potentiellement contributive au trouble cognitif</li> <li>• Trouble de comportement (SCPD) <i>sans antécédent de maladies psychiatriques</i> (réfractaire aux interventions de l'équipe SCPD de 1<sup>e</sup> ligne)</li> </ul>	<b>GÉRONTOPSYCHIATRIE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation psychiatrique d'une problématique cognitive</li> <li>• Polypharmacie psychiatrique</li> <li>• Usager connu en santé mentale avec élément du vieillissement qui complexifie le suivi.</li> <li>• Maladie psychiatrique tardive avec exacerbation lors du vieillissement</li> <li>• SCPD complexe et réfractaire</li> </ul>
<b>RAISONS DE RÉFÉRENCES COMMUNES</b>	<b>Problématiques thérapeutiques :</b> échecs, questions sur les interactions ou les contre-indications ou toute problématique thérapeutique associée aux médicaments prescrits pour traiter la maladie d'Alzheimer			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande du patient ou de sa famille pour une 2<sup>e</sup> opinion (spécialiste)</li> <li>• Trouble cognitif avec atteinte/antécédents systémiques nombreux ou complexes, avec ou sans perte d'autonomie.</li> </ul>		
		Troubles cognitifs associés à l'émergence de troubles neurocomportementaux et/ou une comorbidités/antécédents psychiatriques importants		

# Professionnels des équipes

<p><b>Équipes ambulatoires de psychogériatrie</b> (Chauveau, CHUL, Christ-Roi, Beaupré, Jeffery Hale et Portneuf)</p>	<p><b>Clinique interdisciplinaire de la mémoire CIME</b> <b>Volet neurologique</b></p>	<p><b>Clinique gériatrique de Québec (CGQ)</b> <b>Volets : prioritaire, général et fragilité</b></p>	<p><b>Psychiatrie et Géronthopsychiatrie</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Équipe de professionnels de 2<sup>e</sup> ligne</b> (Md, infirmières, ergothérapeute.)</li> <li>• <b>Spécialistes neuropsychologues</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Équipe de spécialistes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne :</b> Neurologues, neuropsychiatre, neuropsychologue, infirmières cliniciennes et orthophoniste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Équipe de spécialistes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne :</b> Gériatres, neuropsychologue, ergothérapeute, infirmières, physiothérapeute, nutritionnistes, TS</li> </ul>	<p><b>Équipe de spécialistes 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne</b> Gérontopsykiatres, psykiatres, infirmières cliniciennes pour GMF (Coordonnées en annexe)</p>



# Exigences



## Équipes ambulatoires de psychogériatrie

(Chauveau, CHUL, Christ-Roi, Beaupré, Jeffery Hale et Portneuf)

## Clinique interdisciplinaire de la mémoire CIME Volet neurologique

## Clinique gériatrique de Québec (CGQ) Volets : prioritaire, général et fragilité

## Psychiatrie et Géronthopsychiatrie

- Sommaire d'hospitalisation
- Rapports de consultation
- Tests cognitifs (MEEM, Moca...)
- TDM cérébral (1 an et -)

- Bilan sanguin de base (calcium, créatinine, électrolytes, FSC glucose à jeun ou Hba1c, TSH, B12)
- \***Au besoin:** - Albumine si suspicion dénutrition
  - ALT et bilirubine si suspicion maladie hépatique
  - Syphilis et VIH si risques ITSS ou TNC évolution rapide

Exigences spécifiques à la raison de référence.

**Voir le formulaire CRDS**

# Maintenant, il faut l'envoyer...



<b>Équipes ambulatoires de psychogériatrie</b> (Chauveau, CHUL, Christ-Roi, Beaupré, Jeffery Hale et Portneuf)	<b>Clinique interdisciplinaire de la mémoire CIME</b> <b>Volet neurologique</b>	<b>Clinique gériatrique de Québec (CGQ)</b> <b>Volets : prioritaire, général et fragilité</b>	<b>Psychiatrie et Géronthopsychiatrie</b>
Médecin et IPS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande de référence pour des soins et des services de proximité (DME)</li> </ul> Infirmière clinicienne <ul style="list-style-type: none"> <li>• FABO</li> </ul>	Médecin et IPS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• CRDS – Consultation en neurologie adulte</li> </ul>	Médecin et IPS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• CRDS – Consultation dirigée au md gériatre</li> </ul> * Volet prioritaire (délais < 14 jours) : discussion nécessaire entre référent, ASI et gériatre	Médecin et IPS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande de référence pour des soins et services de proximité (DME)</li> <li>ou</li> <li>• CRDS –psychiatrie adulte</li> </ul>
Équipe admissibilité 2 <sup>e</sup> ligne Tél : 418 -529 -0931 #26220 ou <a href="mailto:soutienauxtrajectoires.dsapa.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca">soutienauxtrajectoires.dsapa.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca</a>  Envoi à l'Équipe admissibilité 2 <sup>e</sup> ligne <a href="mailto:2eligne.dsapa.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca">2eligne.dsapa.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca</a>	CRDS : Tél : 418 529-0707 # 2000 Fax : 418 649-5011  CRV (Centrale de RV CHU) Tél : 418 649-5980	CRDS : Tél : 418 529-0707 # 2000 Fax : 418 649-5011  CGQ: Tél: 418 682-7605  ASI CGQ: Cell : 581 989-8452	CRDS : Tél : 418 529-0707 # 2000 Fax : 418 649-5011  Infirmières ressources pour GMF (coordonnées en annexe)  Demande de référence soins et services de proximité : <a href="mailto:2eligne.dsapa.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca">2eligne.dsapa.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca</a>

# Équipes ambulatoires de psychogériatrie

(Chauveau, CHUL, Christ-Roy, Beaupré,  
Jeffrey-Hale et Portneuf)



N° dossier :  
Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
NAM :  
Nom de la mère :  
Prénom de la mère :  
Nom du père :  
Prénom du père :

DEMANDE DE RÉFÉRENCE  
POUR DES SOINS ET DES SERVICES DE PROXIMITÉ

1- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE			
Adresse		<input type="checkbox"/> Sans domicile fixe (SDF)	
Ville	Province	Code postal	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non applicable
Téléphone domicile		Cellulaire	
Autorisation de laisser un message		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre Préciser _____ Interprète nécessaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Domicile		Préciser _____	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Cellulaire			
Courriel			
Nom de la personne à joindre en cas d'urgence		Téléphone	
Parent, tuteur, curateur, représentant (lorsque requis)		Téléphone	
2- GROUPE D'ÂGE			
<input type="checkbox"/> 0-13 ans <input type="checkbox"/> 14-17 ans <input type="checkbox"/> 18-64 ans <input type="checkbox"/> 65 ans et plus			
3- ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE/PSYCHOLOGIQUE (État de santé physique/psychologique (préciser le diagnostic et les conditions associées pertinentes))			
4- FACTEUR(S) DE RISQUE OU CONTRIBUTIF(S)			
<input type="checkbox"/> Abus/négligence/maltraitance	<input type="checkbox"/> Décrochage scolaire	<input type="checkbox"/> Fugue/risques de fugue	<input type="checkbox"/> Problèmes de comportement
<input type="checkbox"/> Absence de réseau social/réseau inadéquat	<input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer	<input type="checkbox"/> Idées/suicides/homicidaires	<input type="checkbox"/> Réfugiés/immigrants
<input type="checkbox"/> Atteinte neurocognitive	<input type="checkbox"/> Difficultés financières	<input type="checkbox"/> Implication de la DPJ	<input type="checkbox"/> Risque d'hospitalisation
<input type="checkbox"/> Chute/risque de chute	<input type="checkbox"/> Épuisement de l'aident	<input type="checkbox"/> Insalubrité/encombrement	<input type="checkbox"/> Rupture conjugale
<input type="checkbox"/> Dénutrition/perte de poids involontaire	<input type="checkbox"/> Erance	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi	<input type="checkbox"/> Violence conjugale/familiale
<input type="checkbox"/> Détérioration imminente de l'état de santé/instabilité physique/mentale	<input type="checkbox"/> Dépendance/trouble d'utilisation de substances/feu	<input type="checkbox"/> Polypharmacie	<input type="checkbox"/> Perte de milieu de vie/instabilité résidentielle
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____			
5- NATURE DU BESOIN OU DES BESOINS (Observations, manifestations, besoins exprimés par l'usager ou ses proches)			
Problème de santé physique	Problème neurocognitif	Problème de santé mentale et dépendance	Problème psychosocial
<input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé	<input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé	<input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé	<input type="checkbox"/> Personnel
<input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Conjugal
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____	<input type="checkbox"/> Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)		<input type="checkbox"/> Familial
			<input type="checkbox"/> Social/travail
Échelle de priorité clinique <input type="checkbox"/> 1 à 3 jours <input type="checkbox"/> 4 à 14 jours <input type="checkbox"/> 15 à 30 jours <input type="checkbox"/> 31 jours et plus			

CN00226 (2020-01-07)

DEMANDE DE RÉFÉRENCE  
POUR DES SOINS ET DES SERVICES DE PROXIMITÉ

Dossier usager  
D.I.C. : 3-4-4  
Page 1 de 2

N° dossier :

Téléphone

Sans médecin de famille

N° de permis

mille)

Fonction

Oui  Non

référence.  Oui  Non

mens (laboratoire, radiographie, etc.)

33\_poste 1280

Dossier usager  
D.I.C. : 3-4-4  
Page 2 de 2

Demande de référence pour des soins et des services de proximité

Envoyer le formulaire  
À: Équipe d'admissibilité 2<sup>e</sup> ligne  
par courriel  
2eligne.dsapa.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca

N° dossier  
Nom  
Prénom  
Date de naissance  
NAM  
Expiration

# Dossier :

**ANALYSE DU BESOIN PRIORITAIRE  
À DES FINS D'ORIENTATION (FABO)**

1- INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES À L'IDENTIFICATION DE L'USAGER			
Adresse			<input type="checkbox"/> Sans domicile fixe (SDF)
Ville	Province	Code postal	
Téléphone domicile	Téléphone (autre)	Autorisation de laisser un message <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre Préciser :		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non applicable	
Mère Nom	Prénom	Père Nom	Prénom
Personne à contacter en cas d'urgence		Téléphone	Téléphone (autre)
Parent, tuteur ou représentant (lorsque requis)		Téléphone	Téléphone (autre)
2- DEMANDE ET CONTEXTE DE L'ANALYSE			
Consentement de l'utilisateur à l'analyse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (précisez les particularités du consentement s'il y a lieu)			
Sources d'information consultées Membres de la famille Dossier médical Intervenants SAD ou autre Organisme communautaire Pharmacien etc..			
Demande initiale formulée par l'utilisateur et le référent Demandée par médecin de famille, infirmière GMF, spécialiste.. Indiquer si patient en accord avec la référence. Si perte d'autocritique en raison d'un TNCM, l'inscrire et indiquer la personne aidante à rejoindre au besoin.			

CN00173 (2019-07-18)

ANALYSE DU BESOIN PRIORITAIRE  
À DES FINS D'ORIENTATION (FABO)

Dossier médical  
D.I.C.: 3-4-4  
Page 1 de 3

ANALYSE DU BESOIN PRIORITAIRE  
À DES FINS D'ORIENTATION (FABO)

Dossier médical  
D.I.C.: 3-4-4  
Page 2 de 3

Envoyer le formulaire  
À: Équipe d'admissibilité 2<sup>e</sup> ligne  
par courriel  
[2eligne.dsapa.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:2eligne.dsapa.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca)



# Prescription médicale

(Encore acceptée pour le moment..)

Telephone # \_\_\_\_\_ License # \_\_\_\_\_  
DEA # \_\_\_\_\_  
Name ..... DOB .....  
Address ..... Date .....  
Sex  M  F

**Rx**

Units \_\_\_\_\_  
Refills NA 1 2 3 4 5  
Void After: \_\_\_\_\_  
 Do Not Substitute \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_  
DEGREE \_\_\_\_\_

Coordonnées de la personne et d'un proche

Raison de la référence:

- ✓ Précision diagnostic
- ✓ Comorbidités ( anxiété, symptômes dépressifs)
- ✓ Risques associés: dénutrition, déconditionnement..
- ✓ SCPD ...

Annexer: Sommaire hospitalisation  
Rapports de consultation  
Tests cognitifs + notes...

Envoyer le tout  
À: Équipe d'admissibilité 2<sup>e</sup> ligne  
par courriel  
[2eligne.dsapa.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:2eligne.dsapa.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca)

# Clinique interdisciplinaire de la mémoire de l'Hôpital Enfant-Jésus

(CIME: Volet neurologie)

# CRDS

## CONSULTATION EN NEUROLOGIE ADULTE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

Ind.rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois			
Vasculaire (AIT)	<input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques focaux transitoires suggestifs d'AIT (ICT) se présentant après > 14 jours	C	Troubles du mouvement	<input type="checkbox"/> Suspicion de parkinsonisme	D
	<input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques focaux transitoires excluant une parésie unilatérale et un trouble de la parole se présentant entre 48 heures et 14 jours	C		<input type="checkbox"/> Avec chutes	C
TNC	<input type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur (TNC) (seront vus en neuro les usagers avec symptômes atypiques ou progression rapide ou moins de 65 ans avec une justification dans la section « Impr. diagn. ») <i>(Prérequis : résultat MMSE : _____ ou MOCA : _____ et joindre rapport)</i> <i>(Souhaitables : bilan sanguin incluant B12, TSH, VDRL et imagerie cérébrale)</i>	D	Tremblement : <input type="checkbox"/> Tête	D	
			<input type="checkbox"/> MS (bilat.)	E	
			<input type="checkbox"/> Autres troubles mouvements <i>(Prérequis : préciser type de troubles)</i>	E	
			Épilepsie	<input type="checkbox"/> Convulsion de novo	B
				Épilepsie connue sans neurologue traitant : <input type="checkbox"/> Contrôlée/demande de réévaluation	E
				<input type="checkbox"/> Non contrôlée	C
				<input type="checkbox"/> Perte de conscience inexplicée	D
				<input type="checkbox"/> Suspicion clinique de SEP excluant trouvaille fortuite	D

Envoyer le formulaire  
Au CRDS  
FAX: 418 649-5011 ou via DME

# Clinique gériatrique de Québec CGQ

# CRDS

D19427

## CONSULTATION DIRIGÉE AU MÉDECIN GÉRIATRE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et continuer d'utiliser les corridors de consultation déjà existants : Accueil clinique, cliniques ambulatoires spécialisées de 3<sup>e</sup> ligne, cliniques de mémoire, hôpitaux de jour, équipes ambulatoires de gériatrie et psychogériatrie, services externes gériatriques, cliniques de la douleur, les cliniques de chute, équipe SCPD<sup>1</sup>, etc.

Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

<b>Tout usager devra être accompagné d'un proche aidant</b> (Nom, lien et n° de téléphone obligatoires)	Nom et lien avec l'usager	Ind. rég.	N° de téléphone

**Ce formulaire s'adresse à une clientèle de 65 ans et plus (principalement âgée de 75 ans et plus)**

**Raison de consultation**

**Échelle de priorité clinique : C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois**

<b>Trouble neurocognitif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Trouble neurocognitif majeur atypique</b> (Prérequis : imagerie cérébrale 6 mois et moins, MOCA ou MMSE)	<b>D</b>	<input type="checkbox"/> <b>Maltraitance<sup>3-4</sup> : situation d'abus, négligence, etc.</b> (Prérequis : rapport d'évaluation psychosociale, rapport d'imagerie cérébrale ou à prescrire si non réalisé) Nom et téléphone du <u>travailleur social</u> requis à inscrire dans renseignements cliniques	<b>C</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>Trouble neurocognitif majeur typique : préciser la problématique à évaluer</b> (Prérequis : MOCA ou MMSE, Souhaitable : imagerie cérébrale)	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> <b>Perte de poids inexplicquée chez usager &gt; 75 ans</b> après investigation appropriée (Prérequis : rapports pertinents)	<b>D</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>« Trouble du comportement » SCPD<sup>1</sup> sans antécédent de maladies psychiatriques</b> (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"/> <b>MAD<sup>2</sup> potentiellement compromis à court terme</b>	<b>C</b>	<input type="checkbox"/> <b>Polypharmacie</b> (Prérequis : rapport d'évaluation psychosociale) Indiquez les médicaments en cause	
		<input type="checkbox"/> <b>MAD<sup>2</sup> non compromis à court terme</b>	<b>D</b>	<input type="checkbox"/> <b>Trouble de la vision</b> (Souhaitable : rapport d'évaluation en optométrie)	
	<input type="checkbox"/> <b>Chutes récurrentes non syncopales inexplicquées</b> (Souhaitable : rapport d'évaluation en physiothérapie)	<b>C</b>			

**Envoyer le formulaire  
Au CRDS  
FAX: 418 649-5011 ou via DME**

# Psychiatrie adulte et Gérontopsychiatrie



Usager ayant déjà un suivi actif en psychiatrie – Le rediriger vers le psychiatre traitant ou son équipe

Cliniques médicales	Infirmière associée
<b>Cliniques médicales, secteur Portneuf</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CM Donnacona</li> <li>• CM Saint-Raymond</li> <li>• CM Guy Dumont</li> <li>• CM Pont-Rouge</li> <li>• CLSC Pont-Rouge</li> <li>• CLSC St-Ubalde</li> <li>• Clinique Gaston Verret</li> <li>• Clinique Jean Shields</li> <li>• CM des Érables</li> <li>• CLSC Donnacona</li> </ul>	<p>France Charron 418 285-2626 #4911</p>
<b>Cliniques médicales, secteur Charlevoix</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinique de médecine familiale Clermont</li> <li>• Clinique de médecine familiale de La Malbaie</li> <li>• Clinique de Saint-Siméon</li> <li>• Clinique médicale de Robert Trudeau</li> <li>• Clinique médicale Fafard</li> <li>• Clinique du Dr Marcel Ethier</li> <li>• Clinique médecine Santé du Village</li> <li>• CLSC Baie-Saint-Paul</li> <li>• CLSC Isle-aux-Coudres</li> </ul>	<p>Doris Bouchard 418 435-0487 #2050</p>
<b>Cliniques médicales secteur Ouest</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CM Val-Bélair</li> <li>• Cm de Stoneham</li> <li>• Clinique Christian Sioui</li> <li>• Cm Daniel Trotter</li> <li>• CM Ste-Catherine</li> <li>• CM Val-Cartier</li> <li>• CM Loretteville</li> <li>• CM Duchâtel</li> <li>• CM Neufchâtel</li> </ul>	<p>Frédérique Brousseau 418 663-5000 #8603</p>
<b>Cliniques médicales secteur Ouest</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CM Lac-St-Charles</li> <li>• CM Dres Martine Boucher et Denise Laluppe</li> <li>• CM Orsainville</li> <li>• CM Henri-Bourassa</li> <li>• CLSC La Source Nord</li> <li>• CLSC La Source Sud</li> <li>• CLSC Jacques-Cartier</li> <li>• CM de Courville</li> </ul>	<p>Noémie Grenier 418 663-5000 #8609</p>
<b>Cliniques médicales secteur Beauport</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CM Cherbourg</li> <li>• CM Radine</li> <li>• CM de Charlesbourg</li> <li>• Polyclinique de la Capitale</li> <li>• CM Côte-de-Beaupré</li> <li>• CLSC Orléans</li> <li>• CM Prévost</li> <li>• CM du Jardin</li> <li>• CM Bourg-Royal</li> <li>• CM du Quartier</li> <li>• CM Durocher</li> <li>• CM Giffard</li> <li>• CM des Promenades</li> <li>• CM Beauport</li> </ul>	<p>Catherine Tremblay 418 663-5000 #8148</p>
<b>Cliniques médicales secteur Centre-Ouest (1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CM St-Vallier</li> <li>• Bureau Dr Florent Beaudry</li> <li>• CM Marie-de-l'Incarnation</li> <li>• Clinique SPOT</li> <li>• CM Duberger</li> <li>• CM Pierre-Bertrand</li> <li>• CM Rochette</li> <li>• CM Le Synase</li> </ul>	<p>Mélynda Hébert 418 663-5000 #4304</p>

# Liste des infirmières pivots en santé mentale par secteur GMF

- Infirmières cliniciennes répondantes spécialisées en psychiatrie (du guichet d'accès en santé mentale)
- Associées à quatre GMF de la région.



# CRDS psychiatrie adulte

CONSULTATION EN PSYCHIATRIE ADULTE		Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
<b>Attention : Consulter les Alertes cliniques au verso. Ne pas utiliser ce formulaire pour un usager dangereux ou non collaborant.</b>		Adresse			
		Code postal			
Langue souhaitée par l'utilisateur pour l'évaluation		<input type="checkbox"/> Français		<input type="checkbox"/> Anglais	
Personne significative pouvant accompagner l'utilisateur au rendez-vous		Nom		Ind. rég. N° de téléphone	
<i>Souhaitable : Joindre le formulaire rempli du guichet d'accès en santé mentale de votre région</i>					
<b>Étape 1 – Motif de consultation</b>					
<input type="checkbox"/> Évaluation diagnostique		<input type="checkbox"/> Recommandations thérapeutiques		<input type="checkbox"/> Impasse thérapeutique	
Opinion pharmacologique ou autre question brève <b>UTILISEZ LA CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE<sup>1</sup></b>		Accès aux services de nature sociale ou psychologique (incluant la dépendance) <b>DIRIGER L'USAGER VERS LES SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX DU CISSS, CIUSSS, institut ou hôpital</b>			
<b>Étape 2- Tableau clinique</b>					
<input type="checkbox"/> Dépression récurrente ou réfractaire aux traitements à dose optimale (Prérequis : bilan de base, TSH, histoire pharmacologique)			<input type="checkbox"/> <b>Premier épisode psychotique ou de manie psychotique</b> (Prérequis : si possible, dosage de cannabis, cocaïne et amphétamines)		
<input type="checkbox"/> Trouble anxieux réfractaire aux traitements à dose optimale (Prérequis : bilan de base, TSH, histoire pharmacologique)			<input type="checkbox"/> Psychose ou manie (Prérequis : bilan de base et TSH et histoire pharmacologique)		
<input type="checkbox"/> Trouble de personnalité, réfractaire à une approche psychologique d'un intervenant de première ligne			<input type="checkbox"/> TDAH chez l'adulte réfractaire ou atypique (Prérequis : questionnaire de dépistage CADDRA <sup>3</sup> )		
<input type="checkbox"/> <b>Troubles de comportement ou de l'humeur associés à des troubles cognitifs</b> (Prérequis : MOCA <sup>2</sup> : _____ ou Folstein : _____ )			<input type="checkbox"/> Toxicomanie en comorbidité avec un trouble psychiatrique (substance(s) : _____ )		

N° dossier :  
Nom  
Prénom  
Date de naissance  
NAM  
Nom de la mère  
Prénom de la mère  
Nom du père  
Prénom du père

N° dossier :

DEMANDE DE RÉFÉRENCE  
POUR DES SOINS ET DES SERVICES DE PROXIMITÉ

<b>1- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE</b>			
Adresse		<input type="checkbox"/> Sans domicile fixe (SDF)	
Ville	Province	Code postal	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non applicable
Téléphone domicile		Cellulaire	
Autorisation de laisser un message		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre Préciser _____ Interprète nécessaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Domicile		Préciser _____	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Cellulaire			
Courriel			
Nom de la personne à joindre en cas d'urgence		Téléphone	
Parent, tuteur, curateur, représentant (lorsque requis)		Téléphone	
<b>2- GROUPE D'ÂGE</b>			
<input type="checkbox"/> 0-13 ans <input type="checkbox"/> 14-17 ans <input type="checkbox"/> 18-64 ans <input type="checkbox"/> 65 ans et plus			
<b>3- ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE/PSYCHOLOGIQUE</b> (État de santé physique/psychologique (préciser le diagnostic et les conditions associées pertinentes))			
<b>4- FACTEUR(S) DE RISQUE OU CONTRIBUTIF(S)</b>			
<input type="checkbox"/> Abus/négligence/maltraitance	<input type="checkbox"/> Décochage scolaire	<input type="checkbox"/> Fugue/risques de fugue	<input type="checkbox"/> Problèmes de comportement
<input type="checkbox"/> Absence de réseau social/réseau inadéquat	<input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer	<input type="checkbox"/> Idées/suicides/homicidaires	<input type="checkbox"/> Réfugiés/immigrants
<input type="checkbox"/> Atteinte neurocognitive	<input type="checkbox"/> Difficultés financières	<input type="checkbox"/> Implication de la DPJ	<input type="checkbox"/> Risque d'hospitalisation
<input type="checkbox"/> Chute/risque de chute	<input type="checkbox"/> Épuisement de l'aïdant	<input type="checkbox"/> Insalubrité/encombrement	<input type="checkbox"/> Rupture conjugale
<input type="checkbox"/> Dénutrition/perte de poids involontaire	<input type="checkbox"/> Erance	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi	<input type="checkbox"/> Violence conjugale/familiale
<input type="checkbox"/> Détérioration imminente de l'état de santé/instabilité physique/mentale	<input type="checkbox"/> Dépendance/trouble d'utilisation de substances/jeu	<input type="checkbox"/> Polypharmacie	<input type="checkbox"/> Perte de milieu de vie/instabilité résidentielle
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____			
<b>5- NATURE DU BESOIN OU DES BESOINS</b> (Observations, manifestations, besoins exprimés par l'utilisateur ou ses proches)			
Problème de santé physique	Problème neurocognitif	Problème de santé mentale et dépendance	Problème psychosocial
<input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé	<input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé	<input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé	<input type="checkbox"/> Personnel
<input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Conjugal
<input type="checkbox"/> Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)			<input type="checkbox"/> Familial
			<input type="checkbox"/> Social/travail
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____			
Échelle de priorité clinique <input type="checkbox"/> 1 à 3 jours <input type="checkbox"/> 4 à 14 jours <input type="checkbox"/> 15 à 30 jours <input type="checkbox"/> 31 jours et plus			

CN00226 (2020-01-07)

DEMANDE DE RÉFÉRENCE  
POUR DES SOINS ET DES SERVICES DE PROXIMITÉ

Dossier usager  
D.I.C. : 3-4-4  
Page 1 de 2

N° dossier :

Téléphone

Sans médecin de famille

N° de permis

mille)

Fonction

Oui  Non

référence.  Oui  Non

mens (laboratoire, radiographie, etc.)

33\_poste 1280

Dossier usager  
D.I.C. : 3-4-4  
Page 2 de 2

# Gérontopsychiatrie

Demande de référence pour des soins et des services de proximité

Envoyer le formulaire  
À: Équipe d'admissibilité 2<sup>e</sup> ligne  
par courriel  
2eligne.dsapa.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca

# Après les consultations en services spécialisés...

- Retour au médecin de famille référant avec recommandations pour le suivi en GMF
- Référence ultérieure possible à la même équipe si évolution défavorable ou nouveau besoin identifié (compatible avec les services offerts par cette équipe)

Questions/commentaires?



# ÉTUDES CLINIQUES EN COURS

Clinique interdisciplinaire de la mémoire (CIME)



# 1-Neuraly (Phase 2) PEGylated Cys 40 Exenatide analogue

Une étude multicentrique, randomisée, en double aveugle, contrôlée par placebo de 24 à 36 mois chez des sujets atteints de troubles cognitifs légers (DCM) pour évaluer la progression vers la maladie d'Alzheimer (MA), l'innocuité et la tolérance du traitement par NLY01

## **Critères d'inclusion :**

- Hommes ou femmes de 55 à 85 ans (inclus)
- Score MMSE de 24 à 30, inclusivement
- Injections hebdomadaires de S/C

## 2-Novo Nordisk (Phase 3) Evoke Plus

Un essai clinique randomisé en double aveugle contrôlé par placebo portant sur l'effet et l'innocuité du Sémaglutide chez des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer précoce, y compris des sujets présentant une pathologie cérébrale significative des petits vaisseaux.

### **Critères d'inclusion :**

- MMSE  $\geq 22$  -55-85 ans
- Inhibiteur stable depuis 3 mois
- Médication PO



## 3-Novo Nordisk (Phase 3) Evoke

Un essai clinique randomisé en double aveugle contrôlé par placebo portant sur l'effet et l'innocuité du Sémaglutide chez des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer précoce. MCI ou démence légère de type Alzheimer selon les critères NIA-AA 2018

### **Critères d'inclusion :**

- MMSE  $\geq$  22
- 55-85 ans
- Inhibiteur stable depuis 3 mois
- Médication PO

# Pour plus d'informations..

Vous pouvez contacter les infirmières de recherche:

- ❖ Mélanie Harvey au 418-649-0252 #63257 ou [melanie.harvey@chudequebec.ca](mailto:melanie.harvey@chudequebec.ca)
- ❖ Nancy Parent au 418-649-0252 #63711 ou [nancy.parent@chudequebec.ca](mailto:nancy.parent@chudequebec.ca)