

## Demande de service - équipe de mentorat CEVQ

### Type de service demandé

- Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)  
Présence d'un trouble neurocognitif majeur :  Oui  Non  
Quel est le diagnostic : \_\_\_\_\_ Date du diagnostic : \_\_\_\_\_
- Chutes  Accompagnement à la transition vers un nouveau milieu  
 Contentions  Signes cliniques de délirium  Autre condition :

#### Principaux critères d'exclusion

Personne suivie en psychiatrie ou hospitalisée pour un problème de santé mentale.  
Personne qui nécessite uniquement une expertise légale.

### Identification de l'utilisateur

Nom, prénom :	Date de naissance :
Milieu de vie : <input type="checkbox"/> Centre hospitalier <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> Domicile Adresse du milieu de vie :	
Téléphone :	Date d'arrivée dans l'établissement :
Proche avisé de la demande : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom, prénom d'un proche aidant significatif :	Téléphone :

### Identification du référent

Nom, prénom :	Fonction :
Téléphone :	Télécopieur :
Courriel :	
<b>En présence de SCPD</b> Accès à un pilier SCPD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, a-t-il été impliqué? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom, prénom : Coordonnées :	
L'équipe de soins a-t-elle été avisée de la demande? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Est-elle d'accord avec l'intervention du CEVQ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Personne à contacter :	Téléphone :
Médecin traitant avisé de la demande : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom du médecin :	Téléphone :

## Informations complémentaires relatives à l'utilisateur

1. Depuis la dernière semaine, est-ce que l'utilisateur présente l'un des signes gériatriques atypiques suivants?
  - Changement de comportement (arrêt d'un comportement ou apparition d'un nouveau comportement)
  - Changement de l'autonomie (perte d'autonomie dans les AVQ, AVD, loisirs, chutes, travail)
  - Changement de l'état mental (état de conscience, attention)
  - Aucun

**\*Si l'une de ces conditions est présente, faites un examen physique infirmier ou médical pour évaluer la présence d'une condition aiguë associée avant de référer à l'équipe de mentorat du CEVQ.**

2. Est-ce qu'un ou des facteurs sociaux suivants sont présents?
  - SCPD à risque de danger physique ou psychologique pour l'utilisateur ou autrui
  - Épuisement de l'aidant/intervenants du milieu
  - Faible réseau de soutien/Manque de ressources offertes (physiques, matérielles, accompagnement/mentorat)
  - Attente d'un transfert vers un milieu de vie approprié

3. Description du problème clinique :

4. Depuis combien de temps l'utilisateur présente-t-il des SCPD?

5. Est-ce que des interventions SCPD ont été tentées par l'équipe soignante?  Oui  Non

Si oui, depuis combien de temps?

## Documents à joindre à la demande, si disponible, en présence des SCPD

- Histoire biographique
- Évaluation de l'infirmière ou évaluations interdisciplinaires
- Notes de l'équipe clinique en lien avec le comportement, interventions et leur efficacité
- Profil pharmacologique à jour
- Consentement à la transmission d'informations
- OEMC le plus récent
- Plan thérapeutique infirmier (PTI)
- Examen de dépistage cognitif récent (ex. : MEEM, MoCa)
- Rapport d'évaluation en psychogériatrie ou en gériatrie
- Grille de comportement ou grille d'analyse comportementale
- Plan d'intervention spécifique SCPD

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

**Veillez transmettre ce formulaire rempli par courriel à [cevq.mentorat.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:cevq.mentorat.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca)  
ou par télécopieur au 418 682-7754**

Pour nous joindre par téléphone : 418 682-7511, poste 82166