**DEMANDE DE SERVICE - ÉQUIPE DE MENTORAT CEVQ**

* **TYPE DE SERVICE DEMANDÉ**

□ Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

□ Diagnostic de trouble(s) neurocognitif(s) majeur(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date du diagnostic : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Chutes □ Signes cliniques de délirium □ Contentions □ Autre condition : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Principaux critères d’exclusion :** comorbidité psychiatrique (schizophrénie, trouble de personnalité limite, maladie affective bipolaire), déficience intellectuelle, traumatisme craniocérébral. |

* **IDENTIFICATION DE L’USAGER**

|  |
| --- |
| Nom, prénom : Date de naissance : |
| Milieu de vie : □ Centre hospitalier □ CHSLD □ RPA □ RI □ DomicileAdresse du milieu de vie : |
| Téléphone : Date d’arrivée dans l’établissement : |
| Proche avisé de la demande : Oui □ Non □  Nom, prénom d’un proche aidant significatif : Téléphone : |

* **IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT**

|  |
| --- |
| Nom, prénom : Fonction : |
| Téléphone : Télécopieur : |
| Courriel : |
| **En présence de SCPD**  Accès à un pilier SCPD : Oui □ Non □ Ne sais pas □  Si oui, a-t-il été impliqué? Oui □ Non □  Nom, prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coordonnées : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| L’équipe de soins a-t-elle été avisée de la demande? Oui □ Non □  Est-elle d’accord avec l’intervention du CEVQ? Oui □ Non □  Personne à contacter : Téléphone : |
| Médecin traitant avisé de la demande : Oui □ Non □  Nom du médecin : Téléphone : |

* **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES RELATIVES À L’USAGER**

1. Depuis la dernière semaine, est-ce que l’usager 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 vous avez coché l’une de ces conditions, évaluez s’il y a une condition aigüe associée en effectuant un examen physique infirmier ou médical avant de faire une référence à l’équipe de mentorat du CEVQ.*** |

1. Est-ce qu’un ou des facteurs sociaux suivants sont présents?

|  |
| --- |
| □ SCPD à risque de danger physique ou psychologique pour l’usager 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 |

1. Description du problème clinique :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Depuis combien de temps l’usager présente-t-il des SCPD? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 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 : |  |

**Veuillez transmettre ce formulaire rempli par courriel à** [**cevq.mentorat.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca**](mailto:cevq.mentorat.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca)

**ou par télécopieur au 418 682-7754**

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