

Formulaire d'aiguillage

Médecin de famille est au courant de cette référence et en est d'accord

NOM DU CLIENT : _____ Date de naissance : _____

Les services de diagnostic mixte du Programme de santé mentale communautaire comprennent l'Équipe régionale de consultation en diagnostic mixte et l'Équipe communautaire de traitement intensif et flexible (ECTIF) pour les clients ayant un diagnostic mixte. Ces équipes s'occupent de clients qui résident dans le RLISS de Champlain, sont âgés de 18 ans et plus et présentent une déficience intellectuelle ainsi que des symptômes de maladie mentale. Ces équipes ne traitent pas les personnes atteintes d'un TDAH ou de troubles neurocognitifs, sauf si cette personne répond également aux deux premiers critères. Le client doit être aiguillé vers ces services par un médecin ou une infirmière praticienne. Pour obtenir de plus amples informations, appelez au 613.722.6521, poste 7141.

Renseignements sur le client

Sexe : Masculin Féminin

Langue : Français Anglais

État matrimonial : Célibataire Marié Divorcé Conjoint de fait

Autre : _____

Origine autochtone : Oui Non Non précisé

Interprète requis? Oui Non

Adresse du client : _____ Principal numéro de téléphone : _____

Code postal : _____ Autre numéro de téléphone : _____

Numéro du RAMO : _____ Code de version : _____

Coordonnées du principal aidant

Nom : _____ Lien avec le client : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Principal numéro de téléphone : _____

Coordonnées du plus proche parent (si différent du principal aidant)

Nom : _____ Lien avec le client : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Principal numéro de téléphone : _____

Le client a-t-il un mandataire spécial?

Oui Non Incertain

Nom : _____ Lien avec le client : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Principal numéro de téléphone : _____

Médecin de famille

Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____ Numéro de télécopieur : _____

Code postal : _____ Courriel : _____

Coordonnées du médecin orienteur (responsable de l'aiguillage)

Numéro de téléphone : _____

Nom du médecin orienteur/source (si autre que le médecin de famille) : _____ Numéro de télécopieur : _____

Code postal : _____ Courriel : _____

Formulaire d'aiguillage des services de diagnostic mixte du Royal

NOM DU CLIENT : _____ Date de naissance : _____

Raison de l'aiguillage

- Clarification diagnostique
- Recommandations de traitement
- Revue des médicaments
- Client actuellement hospitalisé
- Changements récents dans l'état de santé mentale
- Problèmes de santé mentale de longue date
- Navigation dans le système
- Visites fréquentes à l'urgence
- Durée de l'hospitalisation :
 - 90 jours consécutifs
 - 150 jours, sur une période de 3 ans
 - Autre
- Interventions fréquentes des services de police
- Risque imminent pour soi ou pour les autres
- Manque de relations sociales et de liens communautaires

Décrivez vos questions cliniques aussi précisément que possible : _____

Diagnostic de déficience intellectuelle

Cause et niveau de la déficience intellectuelle : _____

Diagnostic posé par : _____

- Évaluation psychologique ci-jointe
- Aucune documentation au dossier

Diagnostic psychiatrique

- Document justificatif ci-joint (p. ex. : Rapport de consultation psychiatrique)
- Aucune documentation au dossier

Diagnostic médical

Date du dernier examen physique/médical complet : (jj___/mm___/année___)

Veillez joindre les documents suivants et les télécopier avec ce formulaire :

- Résultats du dernier examen physique
- Chirurgies récentes (médicales ou dentaires)
- Analyses sanguines les plus récentes

Médicaments actuels (télécopiez la liste avec le formulaire) : _____

Pharmacie : _____ Numéro de téléphone : _____

Obstacles à l'obtention de ces informations : _____

Le client consulte-t-il actuellement ou a-t-il récemment consulté des spécialistes? _____

Si oui, veuillez joindre les informations suivantes : nom, spécialité, diagnostic et résultats de la consultation.

Le client reçoit-il actuellement le soutien d'organismes communautaires? (Veuillez indiquer tous les organismes.) _____

Est-ce que le client recevait auparavant une aide d'un organisme qu'il ne reçoit plus maintenant? _____

Avez-vous d'autres renseignements à nous signaler au sujet de ses problèmes actuels de santé physique ou mentale?

Date : _____ Rempli par (écrire nom en lettre moulées) : _____

Signature et désignation : _____