

## RECOMMANDATION DE CLIENTS : RENSEIGNEMENTS ET CONSIGNES

### SERVICES AMBULATOIRES

Si vous avez des questions au sujet de la procédure de recommandation, veuillez téléphoner à Accès CAMH au **416 535-8501**, et choisissez l'**option 2**.

Pour la plupart des services de CAMH, il faut faire remplir le formulaire de recommandation par un médecin.

Il est recommandé de faire remplir ce formulaire par un médecin pour les services suivants :

- Service de santé mentale gériatrique (ainsi que pour la Clinique des troubles de la mémoire) ;
- Service de triage, d'évaluation et de recherche pour la schizophrénie (STARS).

Veillez envoyer le formulaire de recommandation dûment rempli par **TÉLÉCOPIEUR** au **416 979-6815**.

\* Pour les services de **télépsychiatrie**, veuillez envoyer le formulaire par télécopieur au 416 260-4186.

\* Pour les services offerts par la **Clinique des comportements sexuels**, veuillez envoyer le formulaire par télécopieur au 416 260-4187.

**Les personnes qui souhaitent faire l'objet d'une évaluation pour un problème de dépendance ou de toxicomanie, ou recevoir un traitement pour ces problèmes peuvent demander directement ces services en téléphonant à Accès CAMH au 416 535-8501, option 2.**

### SOINS DE QUALITÉ

Pour nous aider à fournir des soins de la meilleure qualité qui soit, veuillez joindre les documents suivants si possible :

- résultats de tests et d'analyses de laboratoire pertinents (p. ex., concentrations thérapeutiques de médicaments) ;
- liste de médicaments ;
- consultations psychiatriques antérieures ou sommaires au congé ;
- rapports médicaux ;
- rapports d'examens physiques ;
- rapports psychologiques.

Veillez annexer un formulaire de consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé dûment signé, au besoin.

### HOSPITALISATION

Si vous avez des questions sur les services aux patients hospitalisés ou la procédure d'admission, veuillez communiquer avec le responsable de la gestion des lits :

TÉL. : **416 535-8501, poste 30379**

TÉLÉC. : **416 979-8501**

**Si votre client a un besoin urgent d'aide, veuillez le diriger vers le service d'urgence le plus proche ou faites le 911.**

**Nota : CAMH intègre les soins cliniques avec la recherche pour améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement de troubles de toxicomanie et de santé mentale. Les clients/patients sont au centre de notre mandat et on pourrait les inviter à participer à des activités de recherche.**

**Le genre masculin dans le présent formulaire est utilisé sans discrimination, à la seule fin d'alléger le texte.**

## FORMULAIRE DE RECOMMANDATION

Date de la recommandation (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

CLIENT/PATIENT	PERSONNE QUI FAIT LA RECOMMANDATION
<p>Nom légal : _____ (nom de famille, prénom)</p> <p>Nom d'usage (le cas échéant) : _____</p> <p>Nom de jeune fille de la mère : _____</p> <p>Date de naissance : _____ (jj/mm/aaaa)</p> <p>Dans le cas des personnes de 16 ans et plus, le consentement est nécessaire avant toute évaluation. Veuillez vous assurer que vous avez discuté de la recommandation avec la personne. Votre client/patient est-il au courant de cette recommandation?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (expliquer) _____</p> <p>Quel est le sexe de votre client/patient? Cocher UNE SEULE case :</p> <p><input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin  <input type="checkbox"/> trans – F à M <input type="checkbox"/> trans – M à F  <input type="checkbox"/> intersexe <input type="checkbox"/> autre (préciser) _____  <input type="checkbox"/> préfère ne pas répondre _____  <input type="checkbox"/> ne sait pas _____</p> <p>Numéro(s) de téléphone (préciser : domicile, bureau, cellulaire, etc.)  Tél. : _____  Tél. : _____</p> <p>Si vous le savez, veuillez indiquer s'il est possible de laisser des messages confidentiels aux numéros indiqués ci-dessus.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (expliquer) _____</p> <p>En inscrivant une adresse courriel, la personne qui fait la recommandation affirme que le client consent à recevoir des renseignements au sujet de son rendez-vous par courriel de la part de CAMH et est conscient que l'envoi par courrier électronique n'est pas complètement sécurisé. CAMH n'enverra aucun renseignement personnel avant de vérifier l'adresse courriel et le consentement du client à ce mode de communication.</p> <p>Courriel : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>N° de carte Santé : _____</p> <p>Code de la version : _____ Date d'expiration : _____ (jj/mm/aaaa)</p> <p>Le client a-t-il besoin d'un interprète (p. ex., langue des signes ou autre langue)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si vous avez coché « <b>Oui</b> », veuillez préciser : _____</p>	<p>Nom : _____ (nom de famille, prénom)</p> <p>Cocher une case : <input type="checkbox"/> médecin de famille <input type="checkbox"/> infirmier/infirmière praticien(ne)  <input type="checkbox"/> psychiatre <input type="checkbox"/> autre: _____</p> <p>Tél. : _____ Téléc. : _____</p> <p>Courriel : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>N° de facturation (si la recommandation est effectuée par un médecin) : _____</p> <p>Le psychiatre du client/patient est-il au courant de la recommandation?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain <input type="checkbox"/> N'a pas psychiatre</p> <p>Si « <b>Oui</b> », veuillez inscrire le nom du psychiatre : _____ (nom de famille, prénom)</p> <p><b>APPARTENANCE ETHNORACIALE DU CLIENT/DU PATIENT</b></p> <p>Lequel des groupes suivants décrit le mieux le groupe ethnoracial du client/du patient?</p> <p>Cocher UNE SEULE case.</p> <p><input type="checkbox"/> Asie orientale (p. ex., Chinois, Japonais, Coréen) <input type="checkbox"/> Inuit  <input type="checkbox"/> Amérique latine (p. ex., Argentin, Chilien, Salvadorien)  <input type="checkbox"/> Asie du Sud (p. ex., Indien, Pakistanais, Sri-lankais) <input type="checkbox"/> Métis  <input type="checkbox"/> Asie du Sud-Est (p. ex., Malaisien, Philippin, Vietnamien) <input type="checkbox"/> Proche-Orient (p. ex., Égyptien, Iranien, Libanais)  <input type="checkbox"/> Noir de l'Afrique (p. ex., Ghanéen, Kényan, Somalien) <input type="checkbox"/> Britannique, Italien, Portugais, Russe)  <input type="checkbox"/> Blanc de l'Amérique du Nord (Canadien, Américain) <input type="checkbox"/> Blanc de l'Amérique du Nord (p. ex., Canadien, Américain)  <input type="checkbox"/> Noir des Caraïbes (p. ex., Barbadien, Jamaïcain) <input type="checkbox"/> Ascendance mixte (p. ex., noir de l'Afrique et blanc de l'Amérique du Nord) (préciser): _____  <input type="checkbox"/> Premières Nations – non inscrit <input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser) _____  <input type="checkbox"/> Premières Nations – inscrit <input type="checkbox"/> Indien des Caraïbes (p. ex., Guyanais d'origine indienne) <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre  <input type="checkbox"/> Autre autochtone /aborigène <input type="checkbox"/> Incertain</p>
<p><b>COORDONNÉES SUPPLÉMENTAIRES (LE CONSENTEMENT DU CLIENT/DU PATIENT OU DE SON TUTEUR LÉGAL SON EST PEUT-ÊTRE NÉCESSAIRE.)</b></p>	
<p>À part le client/patient, devrions-nous communiquer avec une autre personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ (nom de famille, prénom)</p> <p>Lien avec le client/patient : _____</p> <p>Tél. : _____ Tél. : _____</p>	
<p><b>STATUT DE TUTELLE ET DE GARDE (LE CAS ÉCHÉANT)</b></p> <p>Type de garde : <input type="checkbox"/> vit avec ses deux parents <input type="checkbox"/> garde partagée (les deux parents doivent être informés de l'évaluation et y consentir)  <input type="checkbox"/> garde exclusive <input type="checkbox"/> le client vit seul <input type="checkbox"/> autre (société d'aide à l'enfance/membre de la famille) _____</p> <p>1. Nom du tuteur : _____ Tél. : _____</p> <p>2. Nom du tuteur : _____ Tél. : _____</p>	

Nom du client/patient : \_\_\_\_\_

**1. MOTIF DE LA RECOMMANDATION** (p. ex., consultation, établissement d'objectifs en vue d'une évaluation, traitement)  
**Pourquoi effectuez-vous une recommandation de votre patient? (p. ex., symptômes actuels, le patient présente des problèmes, problèmes antérieurs)**

**2. CONSOMMATION DE SUBSTANCES INTOXICANTES** (substances consommées à présent, quantité, fréquence de la consommation, etc.) :  
 Le client veut-il obtenir de l'aide à ce sujet?  Oui  Non

**3. FACTEURS DE RISQUE**

FACTEUR DE RISQUE	COCHER	SI OUI, QUAND?	DÉTAILS
Tentative de suicide/pensées suicidaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Comportement autodestructeur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Comportement violent	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Problèmes juridiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Pyromanie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

**4. MÉDICAMENTS** (psychotropes et non psychotropes ; au besoin, annexer des renseignements supplémentaires)

MÉDICAMENT	PRISE ACTUELLE	PRISE PASSÉE	DOSE / FRÉQUENCE	RÉACTIONS ET EFFETS INDÉSIRABLES

**5. ORGANISMES DE SOUTIEN, HÔPITAUX OU THÉRAPIES (AU COURS DES DEUX ANNÉES ÉCOULÉES)**

**6. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERTINENTS OU ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE DE DÉVELOPPEMENT** (p. ex., invalidité, retard du développement intellectuel, autisme, allergies, problèmes endocrines, neurologiques, respiratoires, cardiaques, du métabolisme ou autres)

Rempli par : \_\_\_\_\_  
 (nom et titres, en lettres moulées)

\_\_\_\_\_ (signature)

Date : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)