

Recommandation de clients adultes

Veillez écrire lisiblement et annexer au formulaire tous résultats de laboratoire pertinents (en particulier, les concentrations de drogues/médicaments), rapports médicaux, fiches de médication, rapports psychologiques et copies des consultations psychiatriques antérieures ou sommaires de congé, ainsi que le formulaire de consentement à la divulgation de renseignements personnels.

Remarque : Le formulaire n'a pas besoin d'être rempli par un médecin pour les services suivants de CAMH :
- traitement de la toxicomanie - schizophrénie - double diagnostic

Date de la recommandation : _____
(jj/mm/aaaa)

Information sur le client/patient	Information sur la personne qui fait la recommandation
Nom :	Nom :
N° de téléphone : Résidence : Bureau : Peut-on laisser un message confidentiel sur la boîte vocale du client/patient ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut-on laisser un message confidentiel À sa famille ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	N° de téléphone : N° de télécopieur :
Adresse : S'il n'est pas acceptable d'envoyer une lettre confirmant un rendez-vous à cette adresse, veuillez préciser où l'on doit joindre le client/patient.	Adresse :
Carte Santé n° : _____ - _____	Numéro de facturation : _____
Date de naissance : ___/___/____ (jj/mm/aaaa)	Vous êtes : <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____
Âge : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	
S'agit-il d'un ancien client ou patient de CAMH ? <input type="checkbox"/>	
S'il y a lieu : Nom du plus proche parent ou tuteur : _____ Lien avec le client/patient : _____ Adresse : _____ N° de téléphone : _____	Nom du psychiatre : _____ Le psychiatre actuel du client/patient est-il au courant de la recommandation ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N'a pas de psychiatre <input type="checkbox"/> (Annexez le formulaire de consentement à la divulgation de renseignements personnels et le rapport ou la lettre d'évaluation du psychiatre avant d'envoyer la recommandation.)
A-t-on besoin d'un interprète (p. ex. langage gestuel ou autre) ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (veuillez préciser) :
Y a-t-il d'autres obstacles à la communication avec le client/patient ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (veuillez préciser) :

Nom du client/patient : _____

Dossier médical n° : _____

1. MOTIF DE LA RECOMMANDATION

Raison(s) motivant cette consultation (*veuillez étoffer*) :

addressograph

Votre client/patient (ou la personne qui prend les décisions en son nom) est-il au courant de la recommandation et accepte-t-il la consultation ? (*Cochez une case*) : Oui Non (*Si non, veuillez expliquer*) : _____

2. SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES OBSERVÉS :

3. ORIENTATION DIAGNOSTIQUE ACTUELLE (*Servez-vous de la dernière page pour, au besoin, fournir d'autres précisions.*)

DIAGNOSTIC(S) ÉVOQUÉ(S)	COCHEZ <u>TOUTES</u> LES CASES APPLI- CABLES	DIAG. <u>PRIMAIRE</u> VEUILLEZ COCHER ✓	DÉCRIVEZ LES SIGNES ET SYMPTÔMES SPÉCIFIQUES ACTUELLEMENT OBSERVÉS :	ANTÉCÉ- DENTS ? VEUILLEZ COCHER ✓									
Dépression			Tendances suicidaires <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Délire <input type="checkbox"/>										
Trouble bipolaire			Manie <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Épisode mixte <input type="checkbox"/> Avec hallucinations <input type="checkbox"/> Délire <input type="checkbox"/>										
Anxiété :			Sociale <input type="checkbox"/> Panique <input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel-compulsif <input type="checkbox"/> Généralisée <input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique <input type="checkbox"/>										
Schizophrénie ou trouble psychotique			Hallucinations <input type="checkbox"/> Délire <input type="checkbox"/>										
Déficience intellectuelle			Soupçonnée <input type="checkbox"/> Confirmée <input type="checkbox"/> Confirmation demandée <input type="checkbox"/>										
Double diagnostic			Précisez le niveau de déficience intellectuelle [retard mental] diagnostiqué par un psychologue autorisé : léger <input type="checkbox"/> modéré <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> non précisé <input type="checkbox"/>										
Démence													
Délire													
Abus d'alcool ou d'autres drogues			<i>La personne est-elle intéressée à aborder son problème de toxicomanie ? (Cochez une case)</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Substance en cause Quantité Fréquence <table border="1" style="width: 100%;"><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> <i>(Servez-vous de la dernière page pour fournir d'autres précisions.)</i>										
Jeu problématique			La personne est-elle touchée par un problème de jeu ou celui d'un membre de son entourage ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui La personne désire-t-elle aborder ce problème de jeu ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui										

S'il n'y a pas d'orientation diagnostique, que soupçonnez-vous? (*P. ex. diagnostic incluant un retard de développement*)

Nom du client/patient : _____

Dossier médical n° : _____

addressograph

Y a-t-il des considérations juridiques ou médico-légales reliées à cette recommandation ?

Non Oui (*veuillez préciser*) :

Y a-t-il des demandes d'indemnisation ou de règlement en cours ou en souffrance concernant ce client/patient ?

Non Oui (*veuillez préciser*) :

(Nous n'acceptons pas les recommandations qui concernent principalement une question d'indemnisation ou d'assurance.)

4. RISQUES : Veuillez remplir chaque rangée du tableau suivant. *Espace supplémentaire sur la DERNIÈRE PAGE*

LE CLIENT/PATIENT A-T-IL DES ANTÉCÉDENTS EN CE QUI CONCERNE CE QUI SUIT ?	NON	OUI	SI OUI : QUAND ?	COMMENTAIRES
Accusations au criminel				
Comportement violent/pyromanie				
Tentatives de suicide				
Autre comportement autodestructeur				

5. MÉDICAMENTS ACTUELS (utilisés ou non en psychiatrie)

Espace supplémentaire sur la DERNIÈRE PAGE ou annexe la fiche de médication

MÉDICAMENT	DOSE / FRÉQUENCE	COMMENTAIRES

6. MÉDICAMENTS ANTÉRIEURS (utilisés ou non en psychiatrie)

MÉDICAMENT	DOSE / DURÉE	RÉACTION ET EFFETS INDÉSIRABLES

7. PSYCHOTHÉRAPIES et AUTRES THÉRAPIES ACTUELLES et ANTÉRIEURES

PSYCHOTHÉRAPIE-TYPE	QUAND / DURÉE	RÉSULTATS ET COMMENTAIRES

8. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERTINENTS : (*Espace supplémentaire sur la dernière page*)

Nom du client/patient : _____

Dossier médical n° : _____

addressograph

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE / REMARQUES

(p. ex. points forts du client/patient, médicaments actuels ou antérieurs, antécédents médicaux, autres commentaires)

Rempli par (nom en lettres moulées s.v.p.) : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Signature et titre(s) : _____

Si vous connaissez le programme clinique de CAMH vers lequel vous souhaitez orienter un client, veuillez remplir le formulaire de recommandation et le faire parvenir par télécopieur au programme en question: Programme centralisé d'évaluation, de triage et de soutien (CATS): 416 979-6815; Traitement de la toxicomanie: 416 595-6619; Double diagnostic: 416 514-1272 (416 583-4353 pour le Service de consultation de la région de Peel); Programme de gériatrie: 416 583-1272; Programme psycho-légal: 416 260-4187; Programme des troubles de l'humeur et de l'angoisse: 416 979-6864; Programme de traitement de la schizophrénie: 416 583-1319 (416 260-4197 pour Premier épisode psychotique et 905 568-4159 pour l'Équipe clinique d'évaluation initiale de Peel; Programme à l'intention des femmes: 416 979-4975.