



DT9300

CONSULTATION EN PSYCHIATRIE ADULTE OU AU GUICHET D'ACCÈS EN SANTÉ MENTALE ADULTE

Attention : Consulter les Alertes cliniques au verso. Ne pas utiliser ce formulaire pour un usager dangereux ou non collaborant.

Nom et prénom de l'usager			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Langue souhaitée par l'usager pour l'évaluation	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais
---	-----------------------------------	----------------------------------

Personne significative pouvant accompagner l'usager au rendez-vous	Nom	Ind. rég.	N° de téléphone

Étape 1 – Motif de consultation

<input type="checkbox"/> Évaluation diagnostique	<input type="checkbox"/> Recommandations thérapeutiques	<input type="checkbox"/> Consultation au guichet d'accès en santé mentale adulte
<input type="checkbox"/> Accès aux services de nature sociale ou psychologique	Opinion pharmacologique ou autre question brève Il est recommandé d'utiliser la consultation téléphonique¹	

Étape 2- Tableau clinique

<input type="checkbox"/> Dépression récurrente ou réfractaire aux traitements à dose optimale (Prérequis : bilan de base, TSH, histoire pharmacologique)	<input type="checkbox"/> Premier épisode psychotique ou de manie psychotique (Prérequis : si possible, dosage de cannabis, cocaïne et amphétamines)
<input type="checkbox"/> Trouble anxieux réfractaire aux traitements à dose optimale (Prérequis : bilan de base, TSH, histoire pharmacologique)	<input type="checkbox"/> Psychose ou manie (Prérequis : bilan de base, TSH, histoire pharmacologique)
<input type="checkbox"/> Trouble de personnalité, réfractaire à une approche psychologique d'un intervenant de première ligne	<input type="checkbox"/> TDAH chez l'adulte réfractaire ou atypique (Prérequis : questionnaire de dépistage CADDRA ³)
<input type="checkbox"/> Troubles de comportement ou de l'humeur associés à des troubles cognitifs (Prérequis : MOCA ² : ____ ou Folstein : ____ . Si Folstein normal (27 ou plus), MOCA obligatoire)	<input type="checkbox"/> Toxicomanie en comorbidité avec un trouble psychiatrique (substance(s) : _____)
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	

Étape 3 – Priorité clinique selon l'atteinte fonctionnelle (ces côtes de priorité ne sont que pour les demandes de consultation en services spécialisés)

<input type="checkbox"/> Trouble grave, instable, avec désorganisation légère et risque de dégradation si traitement retardé	B (≤ 10 jours)
<input type="checkbox"/> Rupture fonctionnelle, ne répond pas au traitement ou aux interventions standards	C (≤ 28 jours)
<input type="checkbox"/> Fonctionnement stable mais détresse significative, ne répond pas à un traitement ou une intervention standard	D (≤ 3 mois)
<input type="checkbox"/> Condition chronique à optimiser	E (≤ 12 mois)

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires	Si prérequis exigé(s) :
	<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ <input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande

Besoins spéciaux :

Identification du médecin référent et du point de service				Estampe	
Nom du médecin référent		N° de permis			
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.		N° de télécopieur
Nom du point de service					
Signature			Date (année, mois, jour)		
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille				Référence nominative (si requis)	
Nom du médecin de famille				Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier	
Nom du point de service					

Remplir les sections au verso du formulaire

Antécédents psychiatriques :
Facteur(s) de stress actuels :
Histoire pharmacologique (molécule, dose maximale, efficacité, effets secondaires)
Démarches psychosociales antérieures et actuelles (nature et effets) :
Attentes du patient
Problème de dépendances : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – spécifiez le(s) quel(s)
Situation discutée avec le médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préciser avec qui :
Sécurité : <input type="checkbox"/> L'utilisateur ne représente pas de risque immédiat pour lui-même et autrui
Consentement : <input type="checkbox"/> L'utilisateur consent verbalement à l'envoi de la demande au GASM de son RLS et consent à procéder à l'évaluation de la demande
Motivation : <input type="checkbox"/> Motivé avec collaboration active et constante <input type="checkbox"/> Ambivalent <input type="checkbox"/> Peu de motivation
Si non motivé, travailler sa motivation avant de référer.
Si jugé dangereux pour lui-même ou autrui, diriger l'utilisateur aux urgences.
Si non collaborant et jugé dangereux pour lui-même ou autrui : composer le 911.
Joindre tout autres documents pertinents à la consultation.

Alertes cliniques (liste non exhaustive)
Diriger l'utilisateur vers l'urgence
<ul style="list-style-type: none"> • État instable avec désorganisation marquée du langage ou du comportement • Délirium
Autres ressources disponibles
i. Ligne info sociale : 811 ii. Pour trouver le Centre de crises de votre RLS : https://www.centredecrise.ca/listecentres iii. Ligne d'Aide de prévention au suicide : 1 866 277-3553 (appelle)

NE PAS utiliser ce formulaire pour :
<ul style="list-style-type: none"> • Un usager ayant déjà un suivi actif en psychiatrie – Le rediriger plutôt vers le psychiatre traitant ou son équipe de traitement • Une expertise médico-légale ou une évaluation de capacité parentale • Un usager sans problématique de santé mentale – Le diriger plutôt vers les services sociaux généraux de votre établissement

Légende

- ¹ Consultation téléphonique avec un psychiatre : Communiquer avec le médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP) ou, à défaut, avec le psychiatre de garde afin d'obtenir une réponse rapide à vos interrogations
- ² MOCA : formulaire disponible à www.mocatest.org
- ³ CADDRA : formulaires disponibles à www.caddra.ca