



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 : | | Estampe | |
| Identification du médecin référent et du point de service | | | |
| 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

Nom et prénom de l'utilisateur

NAM

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 : Non Oui – spécifiez le(s) quel(s)

Situation discutée avec le médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP) : Oui Non

Préciser avec qui :

Sécurité : L'utilisateur ne représente pas de risque **immédiat** pour lui-même et autrui

Consentement : 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 : Motivé avec collaboration active et constante Ambivalent 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

- État instable avec désorganisation marquée du langage ou du comportement
- Délirium

Autres ressources disponibles

- Ligne info sociale : 811
- Pour trouver le Centre de crises de votre RLS : <https://www.centredecrise.ca/listecentres>
- Ligne d'Aide de prévention au suicide : 1 866 277-3553 (appelle)

NE PAS utiliser ce formulaire pour :

- 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