



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

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