

Date de la demande d'aiguillage : JJ / MM / AAAA

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom : _____ Numéro RAMO : _____

Date de naissance: JJ / MM / AAAA Genre : _____ Profession : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Langue préférée : Anglais Français Autre : _____ Le patient a-t-il besoin d'un interprète? Oui Non

Le patient a-t-il des besoins en matière d'accessibilité? _____

Autre personne à contacter : _____ Téléphone : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'AIGUILLAGE – Veuillez indiquer le service demandé et le milieu de soins (sélectionnez une seule option).

SERVICES D'HOSPITALISATION (Les demandes d'aiguillage pour les programmes de troubles de l'humeur/troubles anxieux ou de traitement de la schizophrénie ne seront pris en compte que s'ils proviennent d'autres hôpitaux.)

- Troubles de l'humeur/troubles anxieux Schizophrénie Jeunes Toxicomanie et troubles concomitants
 Programme de rétablissement (Programme intégré de traitement de la schizophrénie)

Si la demande est pour le **Programme de rétablissement**, veuillez indiquer les objectifs d'admission du patient (**champ obligatoire**) :

- 1) _____
2) _____
3) _____

SERVICES AMBULATOIRES

- Troubles de l'humeur/troubles anxieux Schizophrénie Psychiatrie légale – Général Toxicomanie et troubles concomitants
 Psychiatrie légale – Clinique sur les comportements sexuels Diagnostic mixte*

***Remarque :** Si vous aiguillez le patient vers les **Services de diagnostic mixte** du Royal, veuillez fournir tous les dossiers d'évaluation psychologique..

Diagnostic psychiatrique (soupçonné ou connu) : _____

Pourquoi aiguillez-vous le patient vers nos services? – Veuillez donner votre perspective clinique sur les symptômes actuels de votre patient, les problèmes présentés ou les changements récents dans son état. (**Champ obligatoire, veuillez répondre de manière précise**)

- Clarification du diagnostic Recommandations de médication Recommandations de traitement

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES – Veuillez joindre tous les dossiers de consultation ou d'admission applicables

Date de la dernière évaluation psychiatrique, le cas échéant : DD / MM / YYYY

Date de la dernière hospitalisation psychiatrique, le cas échéant : DD / MM / YYYY

SOUTIENS COMMUNAUTAIRES – Veuillez indiquer le nom complet et les coordonnées.

Gestionnaire de cas	_____
Organisme communautaire	_____
Agent de probation	_____
Autres soutiens de santé mentale Psychiatre, psychologue, travailleur social, etc.	_____

Nom du patient : _____ Date de naissance : __ JJ __ / __ MM __ / AAAA

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX – Veuillez indiquer votre nom complet et vos coordonnées.

MÉDICAMENTS – Veuillez indiquer clairement tous les médicaments actuels ou anciens du patient; joignez une feuille séparée si vous avez besoin de plus d'espace. Si le patient n'a pas de médicaments actuels ou anciens, veuillez l'indiquer ci-dessous. **(Champ obligatoire – les demandes d'aiguillage ne seront pas traitées sans ces informations)**

Médicaments actuels	Posologie	Fréquence	Date de début du traitement
Anciens médicaments	Posologie	Fréquence	Dates de début et d'arrêt du traitement

Allergies : Non Oui Si oui, veuillez les indiquer : _____

Pharmacie : _____ **Téléphone/télécopieur :** _____

RISQUE – Veuillez indiquer tout risque applicable pour la sécurité du patient et fournir des détails ci-dessous

Idées suicidaires Idées homicides Antécédents d'agressivité verbale/physique Chutes Autonégligence Automutilation

TOXICOMANIE/CONSOMMATION DE SUBSTANCES Aucune

SUBSTANCE	QUANTITÉ	FRÉQUENCE	DURÉE DE CONSOMMATION (jours, mois, années)	CONSOMMATION ACTUELLE? O/N (Si non, veuillez indiquer la dernière date connue de consommation)
Alcool				
Cannabis				
Opiacés				
Stimulants				
Autre (veuillez préciser) :				

RENSEIGNEMENTS SUR LA SITUATION JUDICIAIRE

Le patient fait-il l'objet d'accusations en instance? Oui Non Inconnu

Si oui, veuillez donner les détails des accusations et indiquer les dates du procès à venir : _____

Le patient est-il actuellement en période de probation? Oui Non Inconnu

Si oui, veuillez indiquer la durée de la période de probation et les dates du procès à venir : _____

Le patient fait-il actuellement l'objet d'une ordonnance en vertu de la Commission ontarienne d'examen? Oui Non Inconnu

Nom du patient : _____ Date de naissance : JJ / MM / AAAA

CONSENTEMENT ET CAPACITÉ

Statut actuel du patient selon la Loi sur la santé mentale : Sans objet Cure volontaire Cure obligatoire Cure facultative

Si le patient est en cure obligatoire, veuillez indiquer son formulaire actuel de la Loi sur la santé mentale :

Formulaire 1 Formulaire 3 Formulaire 4 Autre : _____

Le patient est-il au courant et d'accord avec cette demande d'aiguillage? Oui Non

Le patient est-il au courant que nous obtiendrons ses dossiers précédents d'hôpitaux ou d'organismes de santé mentale? Oui Non (Remplir l'Annexe A ci-jointe)

Le patient consent-il à la divulgation de ses dossiers précédents au Royal? Oui Non

Le patient est-il capable de consentir au traitement ? Oui Non Inconnu

Si non, veuillez indiquer le nom du mandataire spécial, du procureur au soin de la personne ou du tuteur et curateur public :

Non : _____ Téléphone(s) : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL QUI DEMANDE L'AIGUILLAGE – *Champ obligatoire*

Allez-vous continuer à soigner ce patient après son congé de notre programme? Oui Non

Si non, veuillez indiquer qui va se charger des soins ou du suivi de ce patient à son congé : Médecin généraliste
 Infirmière praticienne
 Psychiatre

Nom du fournisseur de soins : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Nom du professionnel qui demande l'aiguillage : _____ Médecin généraliste
 Infirmière praticienne
 Psychiatre

Numéro OMCO du professionnel : _____ Numéro de facturation RAMO du professionnel : _____

Téléphone du professionnel qui demande l'aiguillage : _____ Télécopieur : _____

Signature du professionnel qui demande l'aiguillage : _____

Veuillez envoyer la demande dûment remplie par télécopieur aux services centralisés : (613) 798-2976

Des questions?

N'hésitez pas à nous contacter au (613) 722-6521, poste 6211, pour obtenir un soutien.

Le Royal respecte les lois de l'Ontario sur la protection de la vie privée et protège donc votre confidentialité et votre vie privée ainsi que vos renseignements personnels. Nous veillerons à assurer la confidentialité de tous les renseignements que vous nous fournissez ou qui sont recueillis à votre sujet au cours de votre séjour aux SSRO. Les SSRO doivent obtenir votre consentement pour accéder à vos dossiers précédents d'hôpitaux ou d'organismes de santé mentale, afin de vous fournir des soins de la plus grande qualité possible.

Je soussigné(e), _____, confirme que je comprends mes droits relatifs à l'énoncé ci-dessus. Par conséquent, je comprends que j'ai le droit d'accepter ou de refuser l'autorisation de divulgation suivante.

VEUILLEZ COCHER UNE SEULE CASE

Acceptez-vous la divulgation de vos dossiers précédents d'hôpitaux/organismes de santé mentale? Oui Non

J'accepte d'être aiguillé(e) vers le Royal pour obtenir des services. Oui Non

Je signe mon nom ci-dessous pour confirmer que j'ai lu l'énoncé ci-haut, ou que quelqu'un me l'a lu, et que j'ai pu en parler avec un membre du personnel.

Nom : _____

Signature : _____ Date : JJ / MM / AAAA

Employé témoin :

Nom : _____

Signature : _____ Date JJ / MM / AAAA