



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<br><b>Il est recommandé d'utiliser la consultation téléphonique<sup>1</sup></b> |                                                                                  |

### 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 <sup>3</sup> )                   |
| <input type="checkbox"/> Troubles de comportement ou de l'humeur associés à des troubles cognitifs (Prérequis : MOCA <sup>2</sup> : _____ 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>B</b> (≤ 10 jours) |
| <input type="checkbox"/> Rupture fonctionnelle, ne répond pas au traitement ou aux interventions standards                             | <b>C</b> (≤ 28 jours) |
| <input type="checkbox"/> Fonctionnement stable mais détresse significative, ne répond pas à un traitement ou une intervention standard | <b>D</b> (≤ 3 mois)   |
| <input type="checkbox"/> Condition chronique à optimiser                                                                               | <b>E</b> (≤ 12 mois)  |

|                                                                  |                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires | Si prérequis exigé(s) :                                                                                     |
|                                                                  | <input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ<br><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**

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> MOCA : formulaire disponible à [www.mocatest.org](http://www.mocatest.org)

<sup>3</sup> CADDRA : formulaires disponibles à [www.caddra.ca](http://www.caddra.ca)