

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 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 dont vous disposez.

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 concerne le **Programme de rétablissement**, vous devez indiquer les objectifs d'admission du patient ci-dessous.

1) _____

2) _____

3) _____

RAISON DE L'AIGUILLAGE (Champ obligatoire, veuillez répondre de manière précise)

Pourquoi aiguillez-vous le patient vers nos services?

- Clarification de diagnostic Recommandations de médicaments Recommandations de traitement

Quelle est la présentation clinique actuelle de votre patient? – Symptômes actuels, problèmes présentés ou changements récents dans son état mental.

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

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

Diagnostic psychiatrique (soupçonné ou connu) : _____

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

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

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) :				

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

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

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 patient, du procureur au soin de la personne ou du tuteur et curateur public :

Non : _____ Téléphone(s) : _____

Le patient sait-il que le Royal est un hôpital de recherche et que, à ce titre, il pourrait être contacté pour discuter de sa participation à des études de recherche? Oui Non

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

Médecin généraliste / infirmière praticienne <i>(Si différent de la source d'aiguillage)</i>	
Organisme communautaire	
Agent de probation	
Autres soutiens de santé mentale <i>Psychiatre, psychologue, travailleur social, etc.</i>	

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/OIIO du professionnel : _____ Numéro de facturation RAMO du professionnel : _____
- Téléphone : _____ 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 au Royal. Le Royal doit 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