

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

Allergies : _____

Pharmacie : _____ Téléphone/télécopieur : _____

CONSOMMATION DE SUBSTANCES Oui Non

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

SOUTIENS COMMUNAUTAIRES (Veuillez indiquer le nom complet et les coordonnées)

Organisme communautaire / Gestionnaire de cas	
Mandataire spécial	
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 de suivre ce patient et de lui fournir des soins continus après son congé de notre programme? Oui Non

Nom du professionnel qui demande l'aiguillage : _____

 Médecin généraliste Numéro OMCO : _____ Numéro de facturation RAMO : _____

 Médecin suppléant – Veuillez indiquer ci-dessous le nom complet, les coordonnées et le nom/l'adresse de la clinique du fournisseur de soins du client.

 Infirmière praticienne Numéro OIIO : _____ Numéro de facturation RAMO : _____

Téléphone de la source d'aiguillage : _____ Télécopieur de la source d'aiguillage : _____

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 613.212.5650, option 1.

REMARQUE :

*La Clinique de soins rapides est un service de consultation psychiatrique qui n'assure pas de suivi permanent, ni d'intervention d'urgence ou de soins aigus.
Si votre client est en situation de crise, dites-lui de se rendre au service d'urgence le plus proche.*