

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

#NIP \_\_\_\_\_ Date consultation \_\_\_\_\_  
 PC triage \_\_\_\_\_ MD consultant \_\_\_\_\_  
 Triage/gravité \_\_\_\_\_ PC consultant \_\_\_\_\_



Champlain District Regional  
 First Episode Psychosis Program  
 Programme premier épisode de psychose  
 du district régional Champlain



**DEMANDE DE CONSULTATION**  
**PROGRAMME RÉGIONAL D'INTERVENTION AU PREMIER ÉPISODE DE PSYCHOSE DU DISTRICT CHAMPLAIN**

1355, rue Bank – 2<sup>ème</sup> étage – bureau 208 – Ottawa – Ontario – K1H 8K7  
 TÉL (613) 737-8069      TÉLÉC. (613) 737-8318

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT		RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI DEMANDE LA CONSULTATION	
NOM		NOM	
TÉLÉPHONE _____(MAISON) _____(CELL) _____(AUTRE)		TÉLÉPHONE	
ADRESSE		TÉLÉCOPIEUR	
<b>PRÉFÉRENCE LINGUISTIQUE</b> <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> BILINGUE <input type="checkbox"/> AUTRE _____		ADRESSE	
NUMÉRO D'ASSURANCE SANTÉ		<b>LIEN AVEC LE PATIENT</b>	
DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	ÂGE	<input type="checkbox"/> LUI-MÊME	<input type="checkbox"/> MEMBRE DE LA FAMILLE
SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> AUTRE _____		<input type="checkbox"/> MÉDECIN DE FAMILLE	<input type="checkbox"/> PSYCHIATRE
Le patient est-il au courant de la demande? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> AUTRE _____	
Où peut-on laisser un message confidentiel? <input type="checkbox"/> À LA MAISON		Principal fournisseur de soins primaires (médecin ou autre professionnel de la santé)	
<input type="checkbox"/> SUR LE CELLULAIRE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> À LA FAMILLE		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> AUCUN
		Ce dernier est-il au courant de cette demande? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>FAMILLE / PLUS PROCHE PARENT / PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE</b>			
NOM _____		ADRESSE _____	
LIEN AVEC PATIENT _____		_____	
TÉLÉPHONE _____		_____	
<b>MOTIF DE LA DEMANDE DE CONSULTATION</b>			
<input type="checkbox"/> DEMANDE D'ADMISSION AU PROGRAMME <input type="checkbox"/> AUTRE _____			
<b>SYMPTÔMES</b>			
DESCRIPTION	_____	DATE D'APPARITION	_____
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____

\*\*\* La demande sera traitée seulement si tous les champs ombragés sont complétés.\*\*\*

CRITÈRES D'ADMISSION (COCHEZ TOUS LES CRITÈRES PERTINENTS)	CRITÈRES D'EXCLUSION (COCHEZ TOUS LES CRITÈRES PERTINENTS)
<input type="checkbox"/> ÂGÉ ENTRE 16 ET 35 ANS	<input type="checkbox"/> PSYCHOSE CAUSÉE PAR UN TROUBLE DE L'HUMEUR
<input type="checkbox"/> SYMPTÔMES DE PSYCHOSE OU TROUBLE PSYCHOTIQUE AU STADE PRÉCOCE	<input type="checkbox"/> PSYCHOSE CAUSÉE PAR UN PROBLÈME DE TOXICOMANIE
<input type="checkbox"/> TRAITEMENTS ANTIPSYCHOTIQUES DEPUIS SIX MOIS OU MOINS	<input type="checkbox"/> IMPLICATIONS JURIDIQUES
<input type="checkbox"/> RÉSIDE DANS LE DISTRICT DE CHAMPLAIN	

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (LE CAS ÉCHÉANT)**

**LE PATIENT A-T-IL RÉCEMMENT SUBIT UNE HOSPITALISATION OU ÉTÉ SUIVI PAR UN PSYCHIATRE?**

NON       OUI, veuillez fournir les antécédents, tout renseignement pertinent ainsi que le sommaire de congé ou le rapport d'évaluation; la demande de consultation ne sera pas traitée avant d'avoir reçu ces documents.

**MÉDICAMENT(S) ACTUEL(S)**

MÉD	DOSE	DURÉE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**EN APPOSANT VOS INITIALES, VOUS CONFIRMEZ QUE VOUS AVEZ PRIS CONNAISSANCE DES ENCADRÉS CI-DESSOUS**

_____	Le patient admis au programme reçoit des soins multidisciplinaires pendant une période maximale de trois ans selon ses besoins médicaux et psychosociaux. Une fois son état stable, le patient est redirigé vers la communauté afin d'y recevoir des soins. On peut offrir des services de consultation à des fins diagnostiques et/ou pour des ressources communautaires.
_____	On s'attend à ce que le médecin ou le professionnel de la santé qui fait la demande de consultation continue d'offrir les soins primaires et les soins psychiatriques lorsque l'état du patient s'est stabilisé et qu'il a terminé le programme <i>On Avance</i> .
_____	On s'attend à ce que le spécialiste qui soumet la demande de consultation continue de participer aux soins ou prenne d'autres dispositions en matière de soins jusqu'à ce qu'il reçoive la confirmation que le patient est admis au programme.

**POUR ÉVITER TOUT DÉLAI DANS LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE, VEUILLEZ CONFIRMER QUE VOUS AVEZ**

Pour toutes les demandes	Si le patient a récemment été hospitalisé ou suivi par un psychiatre
<input type="checkbox"/> Complété tous les champs ombragés	<input type="checkbox"/> Inclus le sommaire de congé ou le rapport d'évaluation OU
	<input type="checkbox"/> Affiché le sommaire de congé ou le rapport d'évaluation dans vOacis

**DEMANDE DE CONSULTATION COMPLÉTÉE PAR**

NOM (LETTRE MOULÉES)	SIGNATURE	DATE
_____	_____	_____