



**RÉFÉRENCE DES INTERVENANTS AU GUICHET
D'ACCÈS EN SANTÉ MENTALE - ADULTE**

Données nominatives : Dossier _____	
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
Langue	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A

Nom et prénom	

Adresse complète	
_____	_____
Téléphone (domicile)	Téléphone (autre)
_____	_____
No assurance maladie	Date d'expiration
_____	_____
Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____	

Référé par :
<input type="checkbox"/> 1re ligne, précisez : _____
<input type="checkbox"/> 2 ^e ligne, précisez : _____
<input type="checkbox"/> organisme communautaire, précisez : _____
<input type="checkbox"/> autre, précisez : _____

Identification du client :

Motif de consultation
1. Motif de consultation / description du problème et des symptômes :

2. Attentes / demandes exprimées par le client :

3. Réseau de soutien : personnel (famille, proches) et professionnel (autres suivis en cours) :

Nom du client : _____

Médecin généraliste :
Médication :
Observance :

Risque :	Idées suicidaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Idées de violence <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, vérifiez s'il y a présence d'un plan (comment, où, quand?) et d'intention :		

Autres conditions ou facteurs de stress connus		
<input type="checkbox"/> difficultés conjugales/familiales	<input type="checkbox"/> problèmes financiers	<input type="checkbox"/> trauma
<input type="checkbox"/> violence conjugale/familiale	<input type="checkbox"/> emploi / perte d'emploi	<input type="checkbox"/> abus sexuel / physique
<input type="checkbox"/> relation parent – enfant	<input type="checkbox"/> difficultés académiques	<input type="checkbox"/> maladie d'un proche
<input type="checkbox"/> relations interpersonnelles	<input type="checkbox"/> logement / hébergement	<input type="checkbox"/> troubles mentaux dans la famille
<input type="checkbox"/> deuil	<input type="checkbox"/> agressivité envers autrui	<input type="checkbox"/> maladie physique
<input type="checkbox"/> dépendance (alcool, drogue, jeu)	<input type="checkbox"/> problèmes légaux	<input type="checkbox"/> problèmes cognitifs
<input type="checkbox"/> autre, précisez :		

Autres informations pertinentes :

Documents à joindre.
Pour toute demande d'évaluation psychiatrique, joindre obligatoirement :
<input type="checkbox"/> une référence médicale
<input type="checkbox"/> votre évaluation professionnelle (si vous êtes l'intervenant pivot du client au CSSS)
Pour les référents provenant d'un hôpital général ou psychiatrique, joindre obligatoirement :
<input type="checkbox"/> évaluation psychiatrique / professionnelle ou sommaire d'hospitalisation ou d'urgence
<input type="checkbox"/> prescription de départ

Nom du référent (lettres moulées) : _____

Nom du service ou de l'organisme : _____

Téléphone : _____ Poste : _____ Date (AAAA / MM / JJ)

S.V.P., veuillez transmettre votre référence à l'attention du « Guichet d'accès en santé mentale – Adulte » par télécopieur au 514 639-9116 ou par courrier au 1900, rue Notre-Dame, Lachine, Québec, H8S 2G2. Pour plus d'informations, contactez notre agente administrative au 514 639-0660, poste 80518.