



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

Données nominatives : Sexe  F  H  
Langue  F  A

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom

\_\_\_\_\_  
Adresse complète

\_\_\_\_\_  
Téléphone (domicile)

\_\_\_\_\_  
Téléphone (autre)

\_\_\_\_\_  
No assurance maladie

\_\_\_\_\_  
Date d'expiration

\_\_\_\_\_  
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

<b>Diagnostic / motif de consultation</b>		
À quelle difficulté particulière voulez-vous répondre?		
<b>Objectif de la référence</b>		
<input type="checkbox"/> Suivi par l'équipe de santé mentale		
<input type="checkbox"/> Évaluation en psychiatrie		
<input type="checkbox"/> opinion diagnostique		
<input type="checkbox"/> recommandations de traitement		
<b>Autres conditions associées ou facteurs de stress connus</b>		
<input type="checkbox"/> idées ou gestes suicidaires	<input type="checkbox"/> difficultés conjugales/familiales	<input type="checkbox"/> problèmes financiers
<input type="checkbox"/> idées de violence / agressivité	<input type="checkbox"/> violence conjugale/familiale	<input type="checkbox"/> emploi / perte d'emploi
<input type="checkbox"/> dépendance : alcool, drogue, jeu	<input type="checkbox"/> relation parent-enfant	<input type="checkbox"/> difficultés académiques
<input type="checkbox"/> abus sexuel / physique	<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"/> maladie physique
<input type="checkbox"/> autre, précisez :		<input type="checkbox"/> maladie d'un proche
<b>Médication actuelle</b>		
<b>Médecin requérant</b>		
Nom du médecin _____		Êtes-vous le généraliste du patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de la clinique médicale et numéro de télécopieur		
Signature du médecin _____		Numéro de licence _____
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.