Formulaire d'aiguillage pour traitement

Date de l'aiguillage

Merci d'avoir aiguillé votre patient* vers Homewood Santé (HS). HS offre, à l'échelle pancanadienne, un continuum complet de soins en santé mentale et toxicomanie ambulatoires ou en établissement. Si le service demandé n'est pas offert à l'endroit souhaité par votre patient, ou si vous ne savez pas quel établissement lui recommander pour son traitement, veuillez répondre « inconnu » à la Section 1 ci-dessous. Nous nous entretiendrons avec votre patient pour vous aider à trouver la Clinique Homewood qui répond le mieux à ses besoins.

Réinitialiser le formulaire

Section 1 : Emplacement souhaité pour le traitement

Traitement en établissement	Traitement ambulatoire
☐ Le Centre Homewood du Plateau à Montréal (QC)	☐ La Clinique Homewood de Vancouver (BC)
☐ Le Centre de santé Homewood à Guelph (ON)	☐ La Clinique Homewood d'Edmonton (AB)
☐ Le Centre Ravensview à Victoria (BC)	☐ La Clinique Homewood de Calgary (AB)
☐ Le Centre The Residence à Guelph (ON)	☐ La Clinique Homewood de Mississauga (ON)
☐ Inconnu	

Section 2 : Renseignements sur le patient

Nom du patient :		Sexe :
Adresse :		Ville :
Province/État :	Code postal/Zip Code:	Pays :
Date de naissance :	Courriel :	
Téléphone ligne fixe :	Téléphone cellulaire :	
Taille actuelle :	Poids actuel :	Allergie(s) :
Emploi :		Nom de l'employeur :
No de carte d'assurance- maladie :		Date d'expiration :
Nº de carte du Service Croix Bleue du ministère de la Défense nationale (le cas échéant) :		
Nº d'ID d'ancien combattants (le cas échéant) :		
Nº de carte de la CNESST (au Québec) (ou WSIB, Worksafe BC, ailleurs au Canada) :		

Section 3 : Principale raison de l'aiguillage

Section 4 : Motifs de consultation (cocher tous ceux qui s'appliquent et indiquez lequel est le motif principal)

Au cours des six derniers mois	Avant les six derniers mois	Motif de consultation principal
☐	☐	☐ Psychose aiguë ou chronique (Troubles de la pensée/hallucinations/délire)
☐	☐	☐ Toxicomanie (drogue et/ou alcool)
☐	☐	☐ TDAH
☐	☐	☐ Trouble anxieux (Phobie sociale ou trouble panique)
☐	☐	☐ Autisme ou trouble du spectre autistique
☐	☐	☐ Trouble bipolaire (Hypomanie, manie, dépression)
☐	☐	☐ Douleur chronique
☐	☐	☐ Trouble cognitif (Blessure à la tête, problèmes de mémoire)
☐	☐	☐ Démence
☐	☐	☐ Autre (veuillez le décrire) :

Au cours des six derniers mois	Avant les six derniers mois	Motif de consultation principal
☐	☐	☐ Trouble dissociatif
☐	☐	☐ Trouble de l'alimentation
☐	☐	☐ TSPT, maltraitance, traumatisme ou TLS (traumatisme lié au stress)
☐	☐	☐ Dépression majeure (unipolarité)
☐	☐	☐ TOC (trouble obsessionnel compulsif)
☐	☐	☐ Trouble de la personnalité
☐	☐	☐ Schizophrénie
☐	☐	☐ Consommation abusive de substances (alcool ou drogue)

* Dans ce document, le masculin est employé comme genre neutre.

Homewood Health | Santé · Homewood RAVENSVIEW · THE RESIDENCE at Homewood · Homewood Health Centre · Homewood du Plateau

Section 5 : Risques immédiats pour la sécurité (cocher tous les éléments pertinents)

☐ Pensées suicidaires actives	☐ Antécédents de pyromanie
☐ Problèmes de nature judiciaire actuels/☐ antérieurs	☐ Antécédents de tentatives de suicide Date de la dernière tentative :
☐ Pensées suicidaires passives actuelles	☐ Antécédents d'actes d'agression envers soi-même (automutilation)
☐ Pensées récentes d'actes violents à l'endroit d'autrui	☐ Antécédents d'actes d'agression envers les autres ou de destruction de biens
☐ Dissociation	☐ Risque de chute; antécédents de chutes récentes
☐ Rappels d'images	☐ Errance ou risque d'ASP
Veuillez fournir plus de détails sur les risques mentionnés ci-dessus :	

Section 6 : Fournisseur de soins du patient après son congé de la Clinique

Nom :		
Adresse :		Ville :
Province/État :	Code postal/Zip Code :	Pays :
Courriel :	No de téléphone :	Nº de télécopieur :

Section 7 : Information sur la source de l'aiguillage

Votre nom :		
Votre domaine de spécialité en soins de santé (p. ex. médecine familiale, travail social) :		
S'il y a lieu, no de facturation du médecin ou de l'infirmière praticienne :		
S'il y a lieu, organisme pertinent (CNESST, MDN, Anciens Combattants) :		
Adresse :		Ville :
Province/État :	Code postal/Zip Code :	Pays :
Courriel :	Nº de téléphone :	Nº de télécopieur :
Fournisseur de soins de santé : prodiguerez-vous des soins à ce patient après son congé? ☐Oui ☐Non		

Section 8 : Information relative à l'aiguillage

Afin que nous puissions faciliter l'admission du patient en temps opportun au programme le mieux adapté à ses besoins, veuillez nous fournir son dossier clinique des six derniers mois. Les copies de rapports de consultations, résultats des tests et rapports de fin de traitement nous sont très utiles.	
Documents joints relatifs à l'aiguillage : ☐ Liste des médicaments pris par le patient ☐ Formulaires de consentement éclairé Autre(s) :	
Le cas de ce patient est-il urgent? ☐Oui ☐Non	Le patient est-il au courant de cette demande de traitement? ☐ Oui ☐ Non

Section 9 : Admissions récentes dans des centres hospitaliers

1. Le patient a-t-il été admis dans un centre médical et/ou de soins psychiatriques au cours des cinq dernières années? ☐Oui ☐Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer l'endroit : La date : La raison : ***Veuillez nous transmettre les notes de sortie ou les rapports de consultation de l'hôpital***
2. Le patient est-il actuellement hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez indiquer l'endroit : Date de son admission :
3. Le patient est-il hospitalisé de son plein gré? (patient interné) ☐Oui ☐Non
4. Le patient a-t-il obtenu un résultat positif aux tests de dépistage suivantes : ☐ *C. difficile* ☐SARM ☐ERV

Section 10 : Aptitudes à la thérapie de groupe

☐Non	☐Oui	Le patient est-il en mesure de participer à une thérapie de groupe?
☐Non	☐Oui	Le patient peut-il résider dans une unité déverrouillée?
☐Oui	☐Non	Le patient a-t-il un subrogé?
☐Oui	☐Non	Le patient fait-il l'objet d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)?

* Dans ce document, le masculin est employé comme genre neutre.

Homewood Health | Santé · Homewood RAVENSVIEW · THE RESIDENCE at Homewood · Homewood Health Centre · Homewood du Plateau

Section 11 : Médication

1. Dressez la liste (en utilisant le format ci-dessous) de tous les médicaments et compléments alimentaires que prend actuellement le patient, ou joignez une liste à la présente :

Nom	Posologie	Fréquence	Raison

2. Le patient prend-il des opiacés prescrits? (codéine, méthadone, etc.) ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative : ☐ pour la douleur ☐ pour une toxicomanie.

Section 12 : Antécédents médicaux importants

Veuillez mentionner toutes les affections pertinentes du patient (hypertension, diabète, etc.)

Section 13 : Toxicomanie

1. Le patient a-t-il actuellement des problèmes de consommation de drogue ou d'alcool? ☐ Oui ☐ Non *(Dans la négative, passez à la section 14)*

Substance de premier choix : Nombre d'années de consommation : Quantité consommée par jour :

Substance de second choix : Nombre d'années de consommation : Quantité consommée par jour :

2. Le patient a-t-il déjà éprouvé de graves symptômes de sevrage de l'alcool ou de la drogue (p. ex. delirium tremens, psychose, convulsions ou hallucinations)? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, veuillez en décrire les symptômes :

3. Le patient admet-il avoir un problème de drogue ou d'alcool? ☐ Non ☐ Oui

4. Les médicaments suivants sont-ils actuellement prescrits au patient? *Remarque : Des critères d'admission concernant le traitement à la méthadone s'appliquent à certaines thérapies.*

			Posologie :	Symptôme traité :	Commentaires :
Méthadone	☐ Non	☐ Oui	mg/jour	☐ traitement de la toxicomanie ☐ traitement de la douleur chronique	
Suboxone	☐ Non	☐ Oui	mg/jour	☐ traitement de la toxicomanie ☐ traitement de la douleur chronique	

5. Le patient consomme-t-il du cannabis thérapeutique? ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

6. Le patient consomme-t-il de la nicotine? ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

Veuillez noter que le tabac est interdit dans tous nos établissements hospitaliers.

Section 14 (si nécessaire) :

Si vous aiguillez un patient vers le programme de traitement des troubles de l'alimentation du Centre de santé Homewood, nous aurons besoin de renseignements supplémentaires. Les formulaires requis seront transmis au patient.

Si vous aiguillez un patient vers le programme de traitement du trouble de stress post-traumatique, veuillez indiquer tous les types de traumatismes que le patient a subis :

☐ Agression ☐ Accident ☐ Accident de travai ☐ Traumatisme lié au service militaire

☐ Traumatisme vécu pendant l'enfance ☐ Autre :

Merci d'avoir aiguillé votre patient vers Homewood Santé

Tous les formulaires et copies de dossiers et rapports antérieurs doivent être envoyés dès que possible, par télécopieur au numéro 1 855 895-0666, ou par courriel à l'adresse traitement@homewoodsante.com.

Nous communiquerons avec vous dès qu'une décision aura été prise concernant l'admission de votre patient. Pour toute question, veuillez communiquer avec nos conseillers à l'accueil, au 1 866 221-0237. Nos bureaux sont ouverts du lundi au vendredi de 9 h à 21 h (HE), et les samedi et dimanche de 13 h à 21 h (HE) (sauf les jours fériés).

* Dans ce document, le masculin est employé comme genre neutre.