



## 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.

### Section 1 : Emplacement souhaité pour le traitement

Traitement en établissement	Traitement ambulatoire
<input type="checkbox"/> Le Centre de santé Homewood à Guelph (ON)	<input type="checkbox"/> La Clinique Homewood de Vancouver (BC)
<input type="checkbox"/> Le Centre Ravensview à Victoria (BC)	<input type="checkbox"/> La Clinique Homewood d'Edmonton (AB)
<input type="checkbox"/> Le Centre The Residence à Guelph (ON)	<input type="checkbox"/> La Clinique Homewood de Calgary (AB)
<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> La Clinique Homewood de Mississauga (ON)

### 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 :	
N° de carte d'assurance- maladie :	Date d'expiration :	
N° de carte du Service Croix Bleue du ministère de la Défense nationale (le cas échéant) :		
N° d'ID d'ancien combattants (le cas échéant) :		
N° de carte de la CNESST (au Québec) (ou WSIB, Worksafe BC, ailleurs au Canada) :		
Type d'hébergement : <input type="checkbox"/> Chambre semi-privée <input type="checkbox"/> Chambre privée		<i>À noter que le type d'hébergement attribué dépend de l'approbation de l'agence qui finance et/ou réfère.</i>

### Section 3 : Principale raison de l'aiguillage, et objectif des services de réintégration au travail, s'il y a lieu

### 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	Au cours des six derniers mois	Avant les six derniers mois	Motif de consultation principal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Psychose aiguë ou chronique (Troubles de la pensée/hallucinations/délire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trouble dissociatif
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Toxicomanie (drogue et/ou alcool)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TSPT, maltraitance, traumatisme ou TLS (traumatisme lié au stress)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trouble anxieux (Phobie sociale ou trouble panique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dépression majeure (unipolarité)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autisme ou trouble du spectre autistique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TOC (trouble obsessionnel compulsif)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trouble bipolaire (Hypomanie, manie, dépression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schizophrénie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trouble cognitif (Blessure à la tête, problèmes de mémoire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Consommation abusive de substances (alcool ou drogue)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Démence			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez le décrire) :			

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



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

<input type="checkbox"/> Pensées suicidaires actives	<input type="checkbox"/> Antécédents de pyromanie
<input type="checkbox"/> Problèmes de nature judiciaire actuels/ antérieurs	<input type="checkbox"/> Antécédents de tentatives de suicide Date de la dernière tentative :
<input type="checkbox"/> Pensées suicidaires passives actuelles	<input type="checkbox"/> Antécédents d'actes d'agression envers soi-même (automutilation)
<input type="checkbox"/> Pensées récentes d'actes violents à l'endroit d'autrui	<input type="checkbox"/> Antécédents d'actes d'agression envers les autres ou de destruction de biens
<input type="checkbox"/> Dissociation	<input type="checkbox"/> Risque de chute; antécédents de chutes récentes
<input type="checkbox"/> Rappels d'images	<input type="checkbox"/> Errance

Veillez 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 :	N° de téléphone :	N° 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, numéro 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 :	N° de téléphone :	N° de télécopieur :
Fournisseur de soins de santé : prodiguerez-vous des soins à ce patient après son congé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans l'affirmative, veuillez indiquer l'endroit : _____ La date : _____ La raison : _____
<b>Veillez nous transmettre les notes de sortie ou les rapports de consultation de l'hôpital</b>
2. Le patient est-il actuellement hospitalisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez indiquer l'endroit : _____ Date de son admission : _____
3. Le patient est-il hospitalisé de son plein gré? (patient interné) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Le patient a-t-il obtenu un résultat positif aux tests de dépistage suivants : <input type="checkbox"/> C. difficile <input type="checkbox"/> SARM <input type="checkbox"/> ERV

## Section 10 : Aptitudes à la thérapie de groupe

<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Le patient est-il en mesure de participer à une thérapie de groupe?
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Le patient peut-il résider dans une unité déverrouillée?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Le patient a-t-il un subrogé?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.

