

Demande de consultation

Programme régional d'intervention au premier épisode de psychose du district Champlain

RENSEIGNEMENTS SUR LA SOURCE DE LA DEMANDE	
Nom :	Organisme :
N° de téléphone / poste :	Adresse :
Désignation :	N° de télécopieur du service :
<p>Lien avec le patient</p> <p style="margin-left: 20px;">Patient lui-même</p> <p style="margin-left: 20px;">Membre de la famille / ami</p> <p style="margin-left: 20px;">Médecin de famille</p> <p style="margin-left: 20px;">Psychiatre</p> <p style="margin-left: 20px;">Autre : _____</p>	

Le diagnostic de la cause initiale d'une psychose pouvant être un long processus, « On avance », le Programme d'intervention au premier épisode de psychose, propose deux types de services :

1. **Évaluation initiale (habituellement en moins de 3 mois) :** Le programme « On avance » détermine quels clients seront admissibles aux services offerts par notre programme et ceux qui devront être dirigés vers d'autres services mieux adaptés. Les personnes ne souffrant pas d'un trouble psychotique primitif ne seront pas inscrites à ce programme.
2. **Services intensifs de traitement et de réadaptation :** Ces services seront offerts aux personnes qui répondent à nos critères d'inclusion/d'admissibilité indiqués ci-dessous.

***** REMARQUE IMPORTANTE : *****

1. Aucune demande de consultation incomplète ne sera traitée.
2. Assurez-vous d'inclure tous les documents justificatifs.
3. Nous n'offrons pas de service clinique prodromique.
4. Nous n'offrons pas de soutien à la gestion d'une crise durant le traitement de la demande ni pendant que le patient est sur la liste d'attente.

<p>Équipe responsable de l'admission / On avance 1355, rue Bank, bureau 208 Ottawa ON K1H 8K7</p>	<p>Tél. : 613 737-8899, poste 73908 (triage central) Tél. : 613 737-8069 (bureau principal / réception) Télec. : 613 737-8318</p>
---	---

Renseignements sur le client	*** Cochez toutes les réponses qui s'appliquent ***
<p>Nom :</p> <p><i>Dans la partie ci-dessous, veuillez fournir de possibles moyens de communiquer avec le client, y compris un membre de sa famille / parent le plus proche.</i></p> <p>N° de téléphone (maison) : _____</p> <p>N° de cellulaire : _____</p> <p>Le client accepte-t-il qu'on lui laisse des messages vocaux? Oui Non</p>	<p>Critères d'inclusion</p> <p>Âgé entre 16 et 35 ans</p> <p>Patient d'accord avec la demande</p> <p>Premier épisode de psychose</p> <p>Patient vit dans le district de Champlain</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Psychose secondaire à un trouble de l'humeur</p> <p>Psychose seulement liée à un trouble de l'usage d'une substance</p> <p>Répercussions médico-légales importantes</p> <p>Déficience intellectuelle</p>
<p>Courriel :</p>	
<p>Adresse postale :</p>	
<p>Date de naissance (JJ-MM-AAAA) Âge</p> <p>Sexe Masculin Féminin Autre : _____</p>	<p>Langue préférée Français Anglais Autre : _____</p> <p>Besoin d'un traducteur? Oui Non</p>
<p>Numéro d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP) _____</p>	<p>*** Nom du fournisseur de soins primaires***</p> <p>Le fournisseur de soins primaires est-il au courant de la demande? Oui Non</p>
<p>Famille / plus proche parent / personne à contacter en cas d'urgence (Assurez-vous de remplir cette partie pour que nous puissions essayer tous les moyens de communication)</p> <p>Nom _____</p> <p>Lien avec le patient _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Téléphone _____</p> <p>Le client accepte-t-il que nous laissions des messages vocaux à un membre de sa famille, plus proche parent ou à la personne à contacter en cas d'urgence, si nous ne parvenons pas à le joindre directement? Oui Non</p>	

Raison de la demande de consultation / objectifs du traitement :

Décrivez les symptômes du trouble psychotique et indiquez la date approximative de leur apparition.

Le patient a-t-il été récemment hospitalisé ou évalué par un psychiatre?

Non

Oui (veuillez inclure les antécédents et diagnostics psychiatriques précédents ainsi que tout sommaire de congé ou rapport d'évaluation connexe disponible.)

Précédentes hospitalisations en psychiatrie :

Précédent(s) traitement(s) psychiatrique(s) :

Antécédents en matière d'usage de substances :

Substance : Dans le passé ou le présent? _____ Quantité/Fréquence : _____

Substance : Dans le passé ou le présent? _____ Quantité/Fréquence : _____

Substance : Dans le passé ou le présent? _____ Quantité/Fréquence : _____

Substance : Dans le passé ou le présent? _____ Quantité/Fréquence : _____

Substance : Dans le passé ou le présent? _____ Quantité/Fréquence : _____

Médicaments pris actuellement :

Nom

Dose

Date de début

Nom	Dose	Date de début
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

APPOSEZ VOS INITIALES DANS CHAQUE CASE CI-DESSOUS POUR CONFIRMER QUE VOUS AVEZ PRIS CONNAISSANCE DES ÉNONCÉS CORRESPONDANTS.

Le client / patient est d'accord avec cette demande de consultation.

La demande de consultation ne garantit pas l'admission au programme. Des plans de soins doivent être en place jusqu'à la réception de la confirmation (ordonnances, administration d'injections, etc.)

Le fournisseur de soins primaires qui envoie la demande restera le fournisseur de soins primaires et prendra en charge les soins psychiatriques lorsque l'état du patient sera stable après son traitement dans le cadre du programme « On avance ».

Le programme « On avance » est un programme surspécialisé d'une durée limitée à 3 ans selon les objectifs du traitement et l'engagement du client / patient.

NOM (EN LETTRES MOULÉES)**SIGNATURE****DATE (JJ-MM-AAAA)**

TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE SERA RENVOYÉE À SON EXPÉDITEUR.**Assurez-vous de bien joindre à la demande de consultation tous les documents justificatifs (rapports d'évaluation, sommaires de congé, etc.).****NOUS NE COMMUNIQUERONS PAS AVEC LE CLIENT AVANT D'AVOIR REÇU TOUS LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS.**

Ressources utiles

Trouver un médecin

Accès Soins

www.ontario.ca/fr

1 866 538-0520

Ligne de crise en santé mentale

www.crisisline.ca

613 722-6914 (résidant d'Ottawa)

1 866 996-0991 (district de Champlain)

Ligne d'aide en cas de crise de suicide :

<https://988.ca/>

988 (ligne d'aide dans tout le Canada)

Renseignements sur la psychose :

www.help4psychosis.ca

www.psychose101.ca

www.earlypsychosis.ca

www.esantementale.ca/

<https://www.accessmha.ca/fr>

