

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

Demande de consultation

Toute demande incomplète sera renvoyée à son expéditeur

<p align="center">Critères d'admission</p> <p>Si le patient répond à tous les critères d'admission, acheminer la demande</p>	<p align="center">Critères d'exclusion</p> <p>Si le patient répond à l'un des critères d'exclusion, <u>ne pas acheminer la demande</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Âgé entre 16 et 35 ans <input type="checkbox"/> D'accord avec la demande <input type="checkbox"/> Symptômes de psychose <input type="checkbox"/> Traitement antipsychotique depuis six mois ou moins <input type="checkbox"/> Résidant du district de Champlain 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Psychose secondaire à un trouble de l'humeur <input type="checkbox"/> Psychose attribuable à un problème de toxicomanie <input type="checkbox"/> Problèmes médicolégaux importants <input type="checkbox"/> Retard de développement

Puisque le diagnostic du problème sous-jacent de la psychose peut prendre un certain temps, le programme « On avance » fournit deux types de service :

1. **Première évaluation et traitement (normalement dans les 3 mois)** : Pendant l'évaluation, le personnel du programme détermine quels clients bénéficieront du programme de réadaptation et d'un traitement.
2. **Traitement et services de réadaptation intensifs** : Offerts aux personnes qui répondent aux critères d'admissibilité du programme « On avance ».

***** REMARQUE : *****

1. Nous ne traitons pas de demande incomplète.
2. Assurez-vous que la documentation d'appui accompagne la demande.
3. Nous n'offrons pas de service clinique prodromique.
4. Nous n'offrons pas de soutien à la gestion de crise pendant le traitement de la demande ni pendant que le patient est sur la liste d'attente.

Équipe des admissions / programme « On avance »
1355, rue Bank, bureau 208
Ottawa, ON K1H 8K7

Tél : 613-737-8069 (bureau principal / réception)
Tél : 613-737-8899, poste 73908 (bureau des admissions)
Télécopieur : 613-737-8318

AdmissionOnAvance@lho.ca

Renseignements sur le patient	Renseignement sur le demandeur
Nom	Nom
Téléphone _____ (maison) _____ (cellulaire) _____ (autre)	Téléphone
Adresse _____ _____	Télécopieur
Langue de préférence <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre _____	Adresse
Numéro de carte d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP) _____	Lien avec le patient <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Autre _____ ***Nom du fournisseur de soins primaires*** _____ Le fournisseur de soins primaires est-il au courant de cette demande? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de naissance _____ Âge _____ (jour/mois/année) Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre Le patient est-il d'accord avec cette demande de consultation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Est-il possible de laisser un message? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.) <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Sur le cellulaire <input type="checkbox"/> À un membre de la famille <input type="checkbox"/> Autre _____	
Coordonnées de la famille / du plus proche parent à contacter en cas d'urgence Nom _____ Adresse _____ Lien avec le patient _____ Téléphone _____	

Raison de la demande de consultation / objectifs de traitement :

Symptômes : (cocher tous ceux qui s'appliquent)

Description

Date d'apparition

Idées délirantes

Hallucinations

Pensée et comportement désorganisés

Déclin fonctionnel

Apathie, baisse de motivation

Consommation d'alcool ou de drogues :

Cannabis : fréquence et quantité

Stimulants : type et fréquence

Hallucinogènes : type et fréquence

Alcool : quantité et fréquence

Autre

Antécédents médicaux (le cas échéant)

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

Non

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

Médicaments actuels :

Médicament	Dose	Durée
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Apposez vos initiales pour confirmer que vous avez pris connaissance des énoncés ci-dessous.

	L'omnipraticien / le fournisseur de soins primaires continuera d'agir comme fournisseur de soins primaires et prendra en charge les soins psychiatriques du patient lorsque l'état de celui-ci sera stabilisé et qu'il aura terminé le programme « On avance ».
	Le spécialiste qui fait une demande de consultation continue de participer aux soins ou prend les dispositions nécessaires pour que les soins soient assurés jusqu'à ce qu'il reçoive la confirmation que le patient est admis au programme.

Nom (lettres moulées)

Signature

Date (jj/mm/aaaa)

Toute demande incomplète sera renvoyée à son expéditeur
Veillez vous assurer de joindre à la demande de consultation toute documentation d'appui (rapports d'évaluation, sommaires de congé, etc.).
Nous ne communiquerons pas avec le client avant d'avoir reçu toute la documentation d'appui.

Ressources utiles

Accès Soins
(Trouvez un médecin de famille ou une infirmière praticienne)
www.ontario.ca
1-866-538-0520

Ligne de crise en santé mentale
www.lignedecrise.ca
613-722-6914 (résidant d'Ottawa)
1-866-996-0991 (district de Champlain)

Information sur la psychose :
▪ www.psychose101.ca
▪ www.esantementale.ca
▪ www.earlypsychosis.ca
▪ www.Help4psychosis.ca



