|  |  |
| --- | --- |
| Installation :   |  |
| **DEMANDE MÉDICALE POUR LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX DE LA PREMIÈRE LIGNE** |  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Ce formulaire s’adresse aux médecins et IPS souhaitant effectuer une demande de services psychosociaux pour un usager. Il est inspiré par le formulaire « Demande de soins et services au CISSSO ».*

|  |
| --- |
| **Section 1 - Information sur le référent :** ☐ Médecin ☐ Infirmière praticienne spécialisée |
| Nom :  | Prénom : |
| No de permis : | Téléphone : | Adresse courriel : |
| Nom du GMF ou autre clinique : | Télécopieur : |
| Signature : | Date de la demande : |

|  |
| --- |
| **Section 2 - Information sur l’usager  (Tous les champs sont obligatoires.)** |
| No d’assurance maladie :  | Date d’expiration : | Disponibilité : ☐ Jour ☐ Après-midi ☐ Soir |
| Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin  ☐ Non-binaire, pronom à utiliser :  | Langue de communication : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre(s) : Besoin d’interprète : ☐ Oui ☐ Non |
| Adresse permanente (no civique, rue, app.) ☐ Sans domicile fixe Ville : Code postal : Pays de naissance :  |
| Tél. domicile :  | Tél. cellulaire : | Autre moyen pour contacter l’usager : |
| Adresse courriel : |
| Mesure de protection : ☐ Oui (Préciser ci-dessous) ☐ Non ☐ S/O ☐ Curateur public ☐ DPJ ☐ Représentant légal privée ou mandataire  |

|  |
| --- |
| **Renseignements obligatoires si l’usager a moins de 18 ans** |
| L’enfant habite avec ☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Les deux parents ☐ Tuteur ☐ Dans une ressource d’hébergement (compléter les informations ci-dessous) Nom de la ressource : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Depuis quand : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom de l’intervenant de la ressource d’hébergement :  |
| ☐ **Parent 1**☐ **Tuteur** | Nom : | Prénom : | D.D.N. : |
| ☐ Même adresse que l’enfant ☐ Autre (compléter les informations ci-dessous)Adresse permanente (no civique, rue, appartement) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ville : Code postal :  |
| Téléphone : | Langue de communication : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre(s) :  | Besoin d’interprète : ☐ Oui ☐ Non  |
| Courriel :  |
| ☐ **Parent 2**☐ **Tuteur** | Nom : | Prénom : | D.D.N. : |
| ☐ Même adresse que l’enfant ☐ Autre (compléter les informations ci-dessous)Adresse permanente (no civique, rue, appartement) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ville : Code postal :  |
| Téléphone : | Langue de communication : □ Français ☐ Anglais ☐ Autre (s) :  | Besoin d’interprète : ☐ Oui ☐ Non  |
| Courriel : |
| ☐ Parent décédé ☐ Parent non reconnu légalement ☐ Seulement 1 tuteur |
| L’enfant ou le jeune fréquente un milieu scolaire ou une garderie : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ S/ONom de l’école/garderie : Niveau de scolarité (s’il y a lieu) :  |

 |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Section 2 – Description de la problématique** : |
| Situation et raison de la référence (*Veuillez spécifier l’intensité et la fréquence des difficultés et depuis combien de temps elles sont présentes.*) :   |
| Impact des difficultés sur le fonctionnement de l’usager (P*ersonnel, relationnel, familial et professionnel, sphères de développement atteintes, etc.*):   Dans quel milieu de vie l’usager présente-t-il les difficultés? ☐ Vie familiale ☐ Milieu scolaire/Garderie ☐ Travail ☐ Autre(s) Préciser :  |
| Attentes exprimées par l’usager et/ou famille et/ou représentant légal :   |
| Antécédents psychiatriques, personnels et familiaux : ☐ Oui (Préciser ci-dessous) ☐ Non ☐ Ne sait pas   |
| Diagnostic(s) et conditions associées en lien avec la demande (trouble, déficience, maladie)☐ Connu(s) ☐ En attente d’évaluation Préciser :  **Informations obligatoires pour référence au guichet DI-TSA-DP** : Si l’usager a une hypothèse du trouble du spectre de l’autisme, est-il inscrit en liste d’attente pour une clinique d’évaluation TSA? ☐ Oui ☐ Non Préciser la raison pour laquelle l’usager **n’est pas en attente** pour une clinique d’évaluation :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Médication et posologie (s’il y a lieu) : \_\_\_ |
| Problématiques de consommation : ☐ Oui (Préciser ci-dessous) ☐ Non ☐ Non-évalué☐ Alcool ☐ Drogue(s) ☐ Médicaments ☐ Jeu ☐ Internet ☐ Autre(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Référence faite vers une ressource en dépendance. Préciser le lieu et la date de référence :   |
| Motif(s) de la consultation : ☐ Précision du diagnostic ☐ Consultation au guichet d’accès ☐ Recommandations thérapeutiquesSuivi ☐ Individuel ☐ Couple ☐ Groupe ☐ Familial ☐ Autre(s) :  |

|  |
| --- |
| **Information requise pour une demande adressée au guichet Soutien à domicile (SAD)** |
| **Facteurs de risques pouvant aggraver la situation actuelle de l’usager** : Incapacité concernant : ☐ Activités de la vie domestique (AVD) ☐ Activités de la vie quotidienne (AVQ) ☐ Mobilité☐ Comportement ☐ Communication ☐ Fonctions cognitivesSituation de vulnérabilité ou de danger : ☐ Errance ☐ Maltraitance ☐ Deuil/Pertes ☐ Autre(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Conditions du milieu social : ☐ Isolement ☐ Support naturel peu ou pas existant ☐ Aidant tendu, fatigué, épuisé ☐ Faibles conditions socio-économiques ☐ Absence ressources communautaires/publiques ☐ Autre(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) : ☐ OCCI complété ☐ En cours ☐ Prévu vers date : ☐ S/O |

|  |
| --- |
| **Information requise pour demande adressée au guichet OLO-Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)** |
| ☐ Suivi prénatal Date prévue d’accouchement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Premier bébé : ☐ Oui ☐ Non☐ Suivi postnatal Nom du bébé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D.D.N du bébé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom du conjoint : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Immigration récente (moins de 5 ans) : ☐ Oui ☐ NonAnalphabétisme ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évalué |
| Critères d’admissibilité : Difficultés financières : ☐ Oui ☐ Non Scolarité : Isolement social : ☐ Oui ☐ Non |

 |

  |
|

|  |
| --- |
| **Section 3 - Dangerosité :** |
| ☐ Présence d’idées suicidaires ☐ Aucune selon l’évaluation | Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ☐ Présence d’idées homicidaires  ☐ Aucune selon l’évaluation | Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ☐ Présence de violence familiale/conjugale ☐ Aucune selon l’évaluation | ☐ Actuelle ☐ Antérieure Préciser :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Comportements à risque : ☐ Oui (préciser ci-dessous) ☐ Non ☐ Non-évalué☐ Idées/Comportements hétéro-agressifs ☐ Automutilation ☐ Impulsivité ☐ Conduites à risque ☐ Autre(s) : Précisions, s’il y a lieu :  |

|  |
| --- |
| **Section 4 - Services actuels** |
| Nom, prénom du médecin de famille (si différent du référent) :  |
| Nom, prénom de l’IPS (si différent du référent) :  |
| Nom du GMF ou autre clinique (si différent du référent) :  |
| L’usager reçoit-il d’autres services (communautaires, publics, privés)? ☐ Oui (précisez ci-dessous) ☐ Non ☐ Ne sait pas  |
| **Section 5 - Consentement de l’usager référé (section obligatoire)** |
| **Il est de la responsabilité du référent d'informer l'usager/la personne autorisée à consentir de cette demande de service et de s'assurer de son consentement. Cette autorisation est valable pour une période de 90 jours et peut être révoquée en tout temps.**☐ Usager de moins de 14 ans**:** Le titulaire de l’autorité parentale ou le tuteur de l’usager de moins de 14 ans consent à :☐ Cette demande ☐ La transmission par courriel au CISSS de la Montérégie-Centre des documents indiqués ci-dessous ☐ L’échange des informations pertinentes au traitement/orientation de cette demande entre le référent et le CISSSMC  ☐ Autorisation verbale donnée par (Nom, prénom) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Usager mineur de 14 à 17 ans**:** L’usager mineur de 14 à 17 ans ou la personne autorisée à consentir consent à : ☐ Cette demande ☐ La transmission par courriel au CISSS de la Montérégie-Centre des documents indiqués ci-dessous  ☐ L’échange des informations pertinentes au traitement/orientation de cette demande entre le référent et le CISSSMC  ☐ L’échange des informations pertinentes au traitement/orientation de cette demande avec ses parents ou l’un de ses parents ou une autre personne :  Nom, prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autorisation verbale donnée par  ☐ Usager mineur de 14 à 17 ans ou ☐ Personne autorisée à consentir  Nom, prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Usager de 18 ans et plus, **apte** à consentir**:** L’usager apte de 18 ans et plus consent à :  ☐ Cette demande □ La transmission par courriel au CISSS de la Montérégie-Centre des documents indiqués ci-dessous  ☐ L’échange des informations pertinentes au traitement/orientation de cette demande entre le référent et le CISSSMC ☐ Autorisation verbale donnée par l’usager☐ Usager de 18 ans et plus, **inapte** à consentir : La personne autorisée à consentir consent à : ☐ Cette demande □ La transmission par courriel au CISSS de la Montérégie-Centre des documents indiqués ci-dessous  ☐ L’échange des informations pertinentes au traitement/orientation de cette demande entre le référent et le CISSSMC  ☐ Autorisation verbale donnée par:  Nom, prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Une autorisation signée est obligatoire pour toutes demandes adressées au guichet DI-TSA-DP.** Autorisation donnée par (Nom, prénom) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature de l’usager ou son représentant légal Date *(aaaa-mm-jj)*  |

 |

|  |
| --- |
| **Section 6 - Documents joints à la demande** |
| ☐ Plan d’intervention (PI, PII, PSI) ☐ Rapport diagnostic ou d’évaluation ☐ Bilan d’intervention ☐ Évaluation médicale☐ Autre(s) :  |
| **Consignes importantes** |
| * Les trajectoires et offres de service déjà établies avec les différents guichets demeurent en fonction et doivent être respectées.
* Si l’envoi de ce formulaire se fait par courriel, vous recevrez un accusé de réception.
* L’usager sera contacté pour traiter la demande de services.
* Veuillez nous informer de tout changement dans la situation de l’usager afin que nous puissions ajuster la priorisation de la demande, si requis.
* Dans le cas où certains documents seraient manquants, le traitement de la demande pourrait être retardé. Veuillez-vous assurer de joindre les documents associés au(x) diagnostic(s). **Veuillez noter qu’une demande de service au guichet DI-TSA-DP ne peut être traitée sans les documents associés au(x) diagnostic(s).**
* Dès que le traitement de la demande sera terminé, l’usager sera informé de la décision concernant son orientation et les services disponibles pendant le délai d’attente.
* Dans l’éventualité où l’usager ne peut être rejoint après un message explicite laissé dans une boîte vocale de l’usager ou de sa personne contact ou après 3 tentatives d’appel et l’envoi d’une lettre lorsque requis, la demande de service sera fermée et une nouvelle demande devra être adressée, le cas échéant.
 |
| **Transmission du formulaire** |
| **La demande doit être transmise par courriel et adressée qu’à un seul guichet d’accès. Si l’usager nécessite des services de plus d’une direction, choisir le guichet d’accès correspondant le mieux à la demande actuelle.** ☐Accueil analyse orientation et référence/Services généraux adultes/Services de proximité en dépendance (AAOR/SGA/SPD)* RLS Haut-Richelieu-Rouville (CLSC Vallée-des-Forts et CLSC Richelieu) aaor.hrr.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca
* RLS Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain et CLSC Saint-Hubert) accueilpsychosocialcclm.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca

☐Jeunesse :demandeservicesjeunesse.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca  ☐Déficience intellectuelle/Trouble de spectre de l’autisme/Déficience physique (DI-TSA-DP) :* RLS Haut-Richelieu-Rouville (CLSC Vallée-des-Forts et CLSC Richelieu) di-dp-tsa.cssshrr16@ssss.gouv.qc.ca
* RLS Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain et CLSC Saint-Hubert) di-tsa-dp.csssmc16@ssss.gouv.qc.ca

☐Accès santé mentale adulte (GASMA) * RLS Haut-Richelieu-Rouville (CLSC Vallée-des-Forts et CLSC Richelieu) gasma.hhr.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca
* RLS Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain et CLSC Saint-Hubert) gasma.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca

☐Soutien à domicile (pour la clientèle non-ambulatoire)* RLS Haut-Richelieu-Rouville (CLSC Vallée-des-Forts et CLSC Richelieu) accueil.centralisee.richelieu.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca
* RLS Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain et CLSC Saint-Hubert) accueilsad.cssscclm16@ssss.gouv.qc.ca

☐OLO-Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) :* RLS Haut-Richelieu-Rouville (CLSC Vallée-des-Forts et CLSC Richelieu) sippeolo.hrr.guichet.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca
* RLS Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain et CLSC Saint-Hubert) sippe.cclm.cisssmc16@gouv.qc.ca
 |