|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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/O  Nom 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 thérapeutiques  Suivi ☐ 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 cognitives  Situation 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 ☐ Non  Analphabétisme ☐ 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](mailto:aaor.hrr.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca) * RLS Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain et CLSC Saint-Hubert) [accueilpsychosocialcclm.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:accueilpsychosocialcclm.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca)   ☐Jeunesse :[demandeservicesjeunesse.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:gasma.hhr.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca) * RLS Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain et CLSC Saint-Hubert) [gasma.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca](mailto: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](mailto:accueil.centralisee.richelieu.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca) * RLS Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain et CLSC Saint-Hubert) [accueilsad.cssscclm16@ssss.gouv.qc.ca](mailto: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](mailto:sippeolo.hrr.guichet.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca) * RLS Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain et CLSC Saint-Hubert) sippe.cclm.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca |