

VI. Formulaire d'acheminement – santé mentale

Ce formulaire d'acheminement a été élaboré par le Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program pour entamer les démarches pour orienter les médecins de famille, d'autres prestataires de soins de santé ou des usagers vers des prestataires de soins de santé mentale (conseillers en santé mentale ou psychiatres).

Formulaire d'acheminement – santé mentale N° MRH

Patient Directives : 1. Écrire à l'encre en appuyant fermement. 2. Indiquer le(s) choix par un X.

Date de naissance JJ/MM/AAAA HIN Sexe H F

Médecin de famille Téléphone du patient

Date de l'acheminement Précédemment acheminé Oui Non

Acheminement effectué par :

<input type="checkbox"/> Médecin de famille	<input type="checkbox"/> Autre service de santé mentale	<input type="checkbox"/> Patient
<input type="checkbox"/> Autre prestataire de soins primaires	<input type="checkbox"/> Organisme	<input type="checkbox"/> Famille

Acheminé vers :

Conseiller du HSO Psychiatre du HSO Groupe du HSO

Directives : 1. Inscrire un X dans les cases pertinentes à cette période de soins.
 2. Inscrire un X sur la ligne suivant le principal problème à l'origine de l'acheminement.

Symptômes psychiatriques

<input type="checkbox"/> Humeur dépressive	<input type="checkbox"/> Flashbacks/autres symptômes de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité
<input type="checkbox"/> Humeur euphorique	<input type="checkbox"/> Symptômes somatiques aigus	<input type="checkbox"/> Comportement anormal
<input type="checkbox"/> Changements d'humeur	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> Alcoolisme
<input type="checkbox"/> Pensées/actes/comportement suicidaires	<input type="checkbox"/> Délire	<input type="checkbox"/> Toxicomanie
<input type="checkbox"/> Pensées obsédantes	<input type="checkbox"/> Paranoïa	<input type="checkbox"/> Dépendance au jeu
<input type="checkbox"/> Comportement compulsif	<input type="checkbox"/> Hallucinations	<input type="checkbox"/> Troubles de l'alimentation
<input type="checkbox"/> Phobie(s)	<input type="checkbox"/> Processus mental désordonné	<input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage
<input type="checkbox"/> Symptômes ou crises de panique	<input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire/concentration	<input type="checkbox"/> Retard du développement (MR)
<input type="checkbox"/> Angoisse sociale	<input type="checkbox"/> Confusion	
<input type="checkbox"/> Autres symptômes d'angoisse	<input type="checkbox"/> Déficience de l'attention/hyperactivité	

Problèmes psychosociaux

<input type="checkbox"/> Problèmes conjugaux/avec la loi	<input type="checkbox"/> Ménopause - problèmes connexes	<input type="checkbox"/> Problèmes scolaires
<input type="checkbox"/> Séparation/divorce	<input type="checkbox"/> Syndromes prémenstruels	<input type="checkbox"/> Problèmes de travail
<input type="checkbox"/> Autres problèmes relationnels	<input type="checkbox"/> Problèmes liés à une grossesse	<input type="checkbox"/> Problèmes liés à un accident de voiture
<input type="checkbox"/> Trouble sexuel	<input type="checkbox"/> Alcoolisme d'un membre de la famille	<input type="checkbox"/> Hébergement
<input type="checkbox"/> Estime de soi	<input type="checkbox"/> Antécédents d'alcoolisme	<input type="checkbox"/> Chômage
<input type="checkbox"/> Maltrise de la colère	<input type="checkbox"/> Antécédents de toxicomanie	<input type="checkbox"/> Problèmes financiers
<input type="checkbox"/> Deuil	<input type="checkbox"/> Manque de soutien/isolément social	<input type="checkbox"/> Problèmes juridiques
<input type="checkbox"/> Problèmes parentaux	<input type="checkbox"/> Abus sexuels ou physiques à l'enfance	<input type="checkbox"/> Autres événements perturbateurs
<input type="checkbox"/> Problème de comportement des enfants	<input type="checkbox"/> Antécédents d'abus sexuels ou physiques (victime)	<input type="checkbox"/> Formulaire/lettre d'assurance à rédiger
<input type="checkbox"/> Autres problèmes familiaux	<input type="checkbox"/> Antécédents d'abus sexuels ou physiques (complice)	<input type="checkbox"/> Lettre/rapport juridique à rédiger
<input type="checkbox"/> Maladie d'un membre de la famille	<input type="checkbox"/> Abus émotionnels et verbaux	<input type="checkbox"/> Problèmes avec une commission de sécurité au travail
<input type="checkbox"/> Charge des soins d'un proche	<input type="checkbox"/> Autres abus	<input type="checkbox"/> Besoin de soutien technique

Problèmes médicaux/physiques

<input type="checkbox"/> Douleur chronique	<input type="checkbox"/> Symptômes physiques autres que la douleur chronique	<input type="checkbox"/> Difficulté à gérer une maladie physique
<input type="checkbox"/> Effets secondaires de la médication	<input type="checkbox"/> Grave maladie d'ordre médical	

Interventions nécessaires

<input type="checkbox"/> Évaluation	<input type="checkbox"/> Consultation familiale	<input type="checkbox"/> Consultation individuelle/thérapie
<input type="checkbox"/> Évaluation d'urgence/gestion de crise	<input type="checkbox"/> Thérapie de groupe	<input type="checkbox"/> Risque pour les autres ou pour soi
<input type="checkbox"/> Précision/confirmation du diagnostic	Conseils sur :	<input type="checkbox"/> Ressources de la collectivité
<input type="checkbox"/> Consultation individuelle/thérapie	<input type="checkbox"/> Gestion	<input type="checkbox"/> Problèmes conjugaux
<input type="checkbox"/> Consultation conjugale	<input type="checkbox"/> Médication	<input type="checkbox"/> Problèmes médico-légaux
		<input type="checkbox"/> Information sur la maladie/le traitement

Psychotropes actuellement administrés/commentaire général

Copie blanche : dossier Copie jaune : programme H HSO MHP Révisé : novembre 2002