

# Clinique de soins rapides formulaire de demande d'aiguillage

THE / LE ROYAL

Date de la demande d'aiguillage : JJ / MM / AAAA

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du client : \_\_\_\_\_ Numéro RAMO : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : JJ / MM / AAAA Sexe : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
Adresse du client : \_\_\_\_\_ Téléphone du client : \_\_\_\_\_  
Langue(s) parlée(s) : \_\_\_\_\_ Langue requise pour les soins : \_\_\_\_\_  
Le client a-t-il des besoins en matière d'accessibilité? \_\_\_\_\_

## RAISON DE L'AIGUILAGE (Champ obligatoire, veuillez répondre de manière précise)

Pourquoi aiguillez-vous le client vers nos services?

Quelle est la présentation clinique actuelle de votre client? - Symptômes, problèmes présentés ou changements récents dans son état mental.

## RISQUE (Veuillez indiquer tout risque applicable et fournir des détails ci-dessous)

Idées suicidaires     Idées homicides     Antécédents d'agressivité verbale/physique     Chutes     Autonégligence     Automutilation

## ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES :

Diagnostic psychiatrique (soupçonné ou connu) : \_\_\_\_\_

Date de la dernière évaluation psychiatrique, le cas échéant : JJ / MM / AAAA

Date de la dernière hospitalisation psychiatrique, le cas échéant : JJ / MM / AAAA

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

**Médicaments** - Veuillez indiquer clairement tous les médicaments actuels ou anciens du client; joignez une feuille séparée si vous avez besoin de plus d'espace.  
Si le client n'a pas de médicaments actuels ou anciens, veuillez l'indiquer ci-dessous. (**Champ obligatoire – les demandes d'aiguillage ne seront pas traitées sans ces informations**)

Médicaments actuels	Posologie	Fréquence	Date de début du traitement
Anciens médicaments	Posologie	Fréquence	Dates de début et d'arrêt du traitement

# Clinique de soins rapides formulaire de demande d'aiguillage

THE / LE ROYAL

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

Allergies : \_\_\_\_\_

Pharmacie : \_\_\_\_\_ Téléphone/télécopieur : \_\_\_\_\_

## CONSOMMATION DE SUBSTANCES Oui Non

SUBSTANCE	QUANTITÉ	FREQUENCE	DURÉE DE CONSOMMATION (jours, mois, années)	CONSOMMATION ACTUELLE O/N (Si non, veuillez indiquer la dernière date connue de consommation)
Alcool				
Cannabis				
Opiacés				
Stimulants				
Hallucinogènes				
Autre ( <i>veuillez préciser</i> ) :				

## SOUTIENS COMMUNAUTAIRES *(Veuillez indiquer le nom complet et les coordonnées)*

Organisme communautaire / Gestionnaire de cas	
Mandataire spécial	
Autres soutiens de santé mentale <i>Psychiatre, psychologue, travailleur social, etc</i>	

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL QUI DEMANDE L'AIGUILAGE *(Champ obligatoire)*

Allez-vous continuer de suivre ce patient et de lui fournir des soins continus après son congé de notre programme?  Oui  Non

Nom du professionnel qui demande l'aiguillage : \_\_\_\_\_

Médecin généraliste Numéro OMCO : \_\_\_\_\_ Numéro de facturation RAMO : \_\_\_\_\_

Médecin suppléant – *Veuillez indiquer ci-dessous le nom complet, les coordonnées et le nom/l'adresse de la clinique du fournisseur de soins du client.*

Infirmière praticienne Numéro OIIO : \_\_\_\_\_ Numéro de facturation RAMO : \_\_\_\_\_

Téléphone de la source d'aiguillage : \_\_\_\_\_ Télécopieur de la source d'aiguillage : \_\_\_\_\_

Signature du professionnel qui demande l'aiguillage : \_\_\_\_\_

**Veuillez envoyer la demande d'aiguillage remplie par télécopieur à la Clinique de soins rapides : 613-798-2976**

**Des questions?** N'hésitez pas à nous contacter au 613-722-6521 x 6300.

## REMARQUE :

*La Clinique de soins rapides est un service de consultation psychiatrique qui n'assure pas de suivi permanent, ni d'intervention d'urgence ou de soins aigus.  
Si votre client est en situation de crise, dites-lui de se rendre au service d'urgence le plus proche.*