



Formulaire d'aiguillage vers les services de soutien comportemental / services mobiles de gérontopsychiatrie du Royal

1/2

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : _____ JJ/MM/AAAA Langue : ☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre : _____

Téléphone (si disponible) : _____

Pronom personnel à utiliser (cochez tous les choix qui s'appliquent) :

☐ Elle ☐ Il ☐ Iél ☐ Autre : _____ ☐ Préfère ne pas répondre

Identité de genre (cochez tous les choix qui s'appliquent) :

☐ Femme ☐ Homme ☐ Trans femme ☐ Trans homme ☐ Non binaire ☐ Bispirituel(le)☐ Autre : _____ ☐ Préfère ne pas répondre

Numéro de la carte santé : _____ Version : _____

Mandataire spécial

Nom : _____ Relation avec le patient : _____ Téléphone : _____

Le patient ou son mandataire spécial est-il informé qu'il a été aiguillé vers le Royal? ☐ Oui ☐ NonExiste-t-il une déclaration d'incapacité en vigueur? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

LIEU ACTUEL OÙ SE TROUVE LE PATIENT

Veuillez indiquer d'où le patient est aiguillé et fournir la date d'admission s'il y a lieu, ainsi que les numéros de téléphone et de télécopieur, le cas échéant. Vous devez sélectionner l'une des options suivantes :

☐ Domicile ☐ Maison de retraite ☐ Établissement de soins de longue durée (SLD) ☐ Soins actifs

Date d'admission : _____ JJ/MM/AAAA

Nom du lieu et/ou adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

INFORMATIONS SUR L'AIGUILLAGE

Prestataire de soins primaires

Nom complet : _____ Signature : _____

☐ Médecin ☐ Infirmier(ère) praticien(ne) Date : _____ JJ/MM/AAAA

Téléphone : _____ Télécopieur : _____



Formulaire d'aiguillage vers les services de soutien comportemental / services mobiles de gériopsychiatrie du Royal

INFORMATIONS SUR L'AIGUILLAGE (SUITE)

2/2

Source de l'aiguillage (à remplir seulement si la source n'est pas le prestataire de soins primaires ci-dessus) :

Nom complet : _____ Signature : _____

Fonction : _____ Date: _____

JJ/MM/AAAA

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Évaluation psychiatrique antérieure : ☐ Oui ☐ Non Si oui, par qui : _____

Le patient reçoit-il actuellement des services de Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (BSO)?

☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

Raison de la demande d'aiguillage

Veuillez fournir toute information pertinente disponible, notamment :

☐ Imagerie diagnostique / analyses d'urine / analyses sanguines ☐ Médicaments actuels / changements récents

☐ Bilan de délirium ☐ Consultations pertinentes ☐ Documents de BSO (p. ex. BSO-DOS®)

☐ Autre : _____

Renseignements supplémentaires

VEUILLEZ TÉLÉCOPIER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI :

Pour Ottawa, Cornwall ou Stormont, Dundas et Glengarry – Télécopieur : 613-715-5824 |

Téléphone : 613-722-6521, poste 6001

Pour Brockville, Lanark, Leeds et Grenville – Télécopieur : 613-498-1495 | Téléphone : 613-345-1461, poste 1700