

SERVICE DE TÉLÉSANTÉ MENTALE : FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

Le présent document constitue une référence aux fins de consultations psychiatriques par le biais du SERVICE DE TÉLÉSANTÉ MENTALE, dispensé par The Hospital for Sick Children, Vanier Children's Mental Wellness et The Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO)

- Les gestionnaires de cas doivent être présents durant la consultation.
- L'on ne fournit pas d'évaluations ordonnées par le tribunal ni d'évaluations de la capacité parentale.
- Ce service ne fournit pas d'évaluation immédiate des risques — veuillez vous reporter à votre service d'urgence local.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :

- ✓ Le client doit être âgé de moins de 18 ans.
- ✓ Le client doit résider dans une région rurale, isolée et/ou mal desservie.

LISTE DE CONTRÔLE :

Veuillez remplir toutes les pages pertinentes de l'ensemble de formulaires de référence, ainsi que les papiers suivants, le cas échéant :

* *Obligatoire*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Formulaire de consentement * | <input type="checkbox"/> Évaluation de l'abus de drogues et d'alcool |
| <input type="checkbox"/> Résumé de cas / Évaluation * | <input type="checkbox"/> Évaluation psychologique |
| <input type="checkbox"/> Détails de contact/gestionnaire de cas * | <input type="checkbox"/> Évaluation - parole et langage |
| <input type="checkbox"/> Histoire d'admission | <input type="checkbox"/> École |
| <input type="checkbox"/> Synopsis du policier | <input type="checkbox"/> Information médicale pertinente |
| <input type="checkbox"/> Sommaire de congé | <input type="checkbox"/> Histoire sociale |
| <input type="checkbox"/> Évaluation de l'allumage des incendies | <input type="checkbox"/> Consultation psychiatrique précédente / Autre |
| <input type="checkbox"/> BCFPI | <input type="checkbox"/> Régime de services médicaux / Notes relatives au cas |
| <input type="checkbox"/> CAFAS | <input type="checkbox"/> Documents du Tribunal pour adolescents |
| <input type="checkbox"/> Évaluation des risques et des besoins | |
| <input type="checkbox"/> Évaluation de l'éducation | |

FAIRE SUIVRE :

Prière de diriger les patients référés à l'agence de

coordination dédiée à servir votre collectivité. Pour plus d'information, se rendre sur :

<https://www.sickkids.ca/en/care-services/clinical-departments/telelink-mental-health/>. Ou appeler le

Centre des admissions à **1-877-507-7301** (ligne sans frais). Ou envoyer un message par courriel à :

telepsychiatry.inquiries@sickkids.ca



NOM	PRÉNOM
MDN	NUMÉRO DE VISITE
DATE DE NAISSANCE JJ-MM-AAAA	SEXE
ADRESSE	

SAISIR OU IMPRIMER MANUELLEMENT

Service de télésanté mentale Formulaire de référence

Agence de coordination : AFS Dilico HANDS SOAHAC Strides Weechi-it-te-win Woodview

INFORMATION SUR LE CLIENT

Nom du patient/de la patiente : _____ Nom préféré : _____
Prénom, Nom

Sexe génétique : M F Sexe : _____ Date de naissance: _____
JJ-MM-AAAA

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Carte-santé n° : _____ Version : _____ Date d'exp. : _____
JJ-MM-AAAA

Autochtone Premières Nations Métis Inuit Vit dans la réserve Vit hors réserve Autre : _____

Langue(s) parlées par le client : Français Anglais Autre : _____

Services d'interprétation requis : Oui Non Langue : _____

Année scolaire : _____ Classe ordinaire Éducation spécialisée Traitement de jour Section 23 Non scolarisé(e)

INFORMATION SUR LE(S) TUTEUR(S)

Nom du/des tuteurs : _____

L'adresse du/des tuteur(s) legal/légaux est-elle identique à celle du client ? Oui Non Si 'Non', veuillez fournir l'adresse au complet :

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Langue(s) parlée(s) par le/les tuteur(s) : Français Anglais Autre : _____

INFORMATION DE CONTACT POUR LE CLIENT / TUTEUR

Nom du Client / Parent / Tuteur) : _____

Adresse de courriel : _____

N° du premier téléphone : _____ Type : _____

Nom (du client/parent/tuteur) : _____

Adresse de courriel : _____

N° du second téléphone : _____ Type : _____



SickKids



NOM	PRÉNOM
MDN	NUMÉRO DE VISITE
DATE DE NAISSANCE JJ-MM-AAAA	SEXE
ADRESSE	
SAISIR OU IMPRIMER MANUELLEMENT	

INFORMATION SUR L'AGENCE RÉFÉRANTE

Agence référente : _____ Gestionnaire de cas : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur : (1 par agence/emplacement) : _____

Adresse de courriel : _____

INFORMATION SUR LE PRESTATEUR DE SOINS PRIMAIRES (Médecin, pédiatre, infirmière praticienne, Infirmière autorisée)

Nom du prestataire : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur : _____

Le client s'implique-t-il en ce moment avec une autre agence de santé mentale ou un autre psychiatre ? Non Oui

DROIT DE GARDE (*Fournir des documents juridiques, si disponibles)

Relation parent-enfant, intacte

Famille monoparentale

Garde partagée*

Autre :

Garde exclusive* _____

INFORMATION SUR LE LIEU DE RÉSIDENCE

Réside avec : sa mère biologique son père biologique sa belle-mère son beau-père ses parents de même sexe

sa mère adoptive son père adoptif sa famille étendue vie en autonomie

autre (expliquez) : _____

Réside où : (si ailleurs que dans la maison familiale)

famille d'accueil foyer de groupe (à court terme à long terme) centre de détention environnement sécurisé

milieu ouvert

Client devant les tribunaux : Oui Non Condamné / YJ **Milieu de garde** : Placé en garde / Centre de détention

Programme de traitement : Oui Non Autre : _____



NOM	PRÉNOM
MDN	NUMÉRO DE VISITE
DATE DE NAISSANCE JJ-MM-AAAA	SEXE
ADRESSE	
SAISIR OU IMPRIMER MANUELLEMENT	

Service de télésanté mentale Formulaire de référence

Type of consultation demandé : Première consultation Suivi Consultation entre professionnels
 Ré-évaluation (Si la date de la consultation initiale précède cette demande de 2 ans ou plus)

PARTIE A : PRÉOCCUPATIONS MAJEURES (cochez toutes celles qui s'appliquent)

- Retard développemental SAF/EAF Difficultés de socialisation
- Problèmes à l'école : scolarité comportement absentéisme autre : _____
- TDA/TDAH : inattentif impulsif hyperactif
- Trouble oppositionnel avec provocation
- Comportement agressif : verbal physique autre : _____
- Comportement antisocial : consommation de substances alcool drogues allumage des incendies autre : _____

- Conflit avec la loi [**Précisez dans la Partie B**]
- Comportement sexuel agressif : actuel dans le passé [**Précisez dans la Partie B**]
- Problèmes de l'humeur : dépression sautes d'humeur joyeux
- Comportements suicidaires : actuels dans le passé [**Précisez dans la Partie B**]
- Automutilation – de quel genre ? (précisez) : _____
- Anxiété Obsessions Compulsions Soucis Évitant
- Somatisation
- Troubles de sommeil
- Troubles alimentaires [**Expliquez dans la Partie B**]
- Conflits familiaux : Séparation d'avec les parents / la famille Deuil
- Comportement étrange, bizarre : Hallucinations Délires
- Témoin de traumatismes : physiques émotionnels sexuels
- A vécu des traumatismes : physiques émotionnels sexuels

PARTIE B : RAISON POUR LA RÉFÉRENCE

Veillez préciser les symptômes actuels, préoccupations relatives aux comportements, etc. Joignez des informations supplémentaires au besoin :



NOM	PRÉNOM
MDN	NUMÉRO DE VISITE
DATE DE NAISSANCE JJ-MM-AAAA	SEXE
ADRESSE	
SAISIR OU IMPRIMER MANUELLEMENT	

Service de télésanté mentale Formulaire de référence

INFORMATION SUR LES MÉDICAMENTS

Veuillez indiquer le(s) nom(s) et dose(s) de médicaments actuels et antérieurs. Assurez-vous d'inclure les médicaments sur ordonnance et les médicaments en vente libre.

Nom	Actuel	Antérieur	Dosage
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (Joignez des informations supplémentaires au besoin)

Indiquez tous les problèmes médicaux ou allergies

Antécédents familiaux ou cas de maladie mentale (précisez et joignez des informations supplémentaires au besoin) :

Antécédents de maladie mentale (indiquez tout diagnostic précédent ainsi que d'autres informations pertinentes) :

Interventions actuelles : <input type="checkbox"/> Aucune actuellement <input type="checkbox"/> Aucune participation antérieure par une agence
Consultation : <input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> familiale <input type="checkbox"/> parentale <input type="checkbox"/> en groupe <input type="checkbox"/> autre : _____
Participe à un programme spécialisé : _____
A subi des évaluations de santé mentale précédentes, p.ex. psychiatrique, psychologique, TAPP-(C). <i>Dans l'affirmative, veuillez inclure tous les rapports précédents :</i>
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date : _____ JJ - MM - AAAA Nom du médecin traitant : _____