



Nom de famille	(Prénom)
N° MRN	N° de visite
Date de naissance AAAA-MM-JJ	le sex
Adresse	
Imprimer ou entrer l'information à la main	

## Programme de santé mentale TeleLink Formulaire de référence

N° d'agence : \_\_\_\_\_ N° MRN : \_\_\_\_\_ Date de la demande : \_\_\_\_\_  
AAAA - MM - JJ

Agence/Hôpital/Médecin de référence : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

N° de télécopier du rapport est d'aller à (un numéro par l'agence / lieu) : \_\_\_\_\_

Gestionnaire responsable : \_\_\_\_\_

Échelle de gravité avant le service rapporté par le Gestionnaire responsable :  1  2  3  4

- Première consultation  Suivi  
 Consultation de professionnel à professionnel  
 Réévaluation (si la consultation initiale a eu lieu au moins un an avant la date de la présente demande)

Dates durant lesquelles le clinicien n'est pas disponible : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Médecin de famille ou pédiatre :** \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° de télécopieur : \_\_\_\_\_

Institution/Hôpital : \_\_\_\_\_ Adresse (si différent) : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Numéro de facturation de médecin : \_\_\_\_\_

MRP :  Oui  Non Si non, précisez svp : \_\_\_\_\_

### Renseignements obligatoires pour le traitement du renvoi

- Formulaire de consentement  Sommaire / évaluation du cas

### Renseignements fournis en vue de la consultation (s'il y a lieu)

- Historique de l'admission  Rapport de police  Sommaire du congé  
 Évaluation relative à la pyromanie (le cas échéant)  BCFPI (le cas échéant)  
 CAPAS (le cas échéant)  Évaluation du risque et/ou des besoins (le cas échéant)  
 Rapports:  Évaluation pédagogique  Évaluation relative aux drogues et à l'alcool  Évaluation psychologique  
 Évaluation de la parole et du langage  École  Renseignements médicaux pertinents  
 Antécédents sociaux  Consultations psychiatriques (ou autres) antérieures  
 Plan de services ou notes relatives au cas  
 Documents du tribunal pour adolescents, *précisez svp* :  
 Autres listes de vérification relatives au comportement, *précisez svp* :



Nom de famille	(Prénom)
N° MRN	N° de visite
Date de naissance AAAA-MM-JJ	le sex
Adresse	

Imprimer ou entrer l'information à la main

## Programme de santé mentale TeleLink Formulaire de référence

### RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT :

Nom du patient : \_\_\_\_\_  Garçon  Fille Date de naissance : \_\_\_\_\_  
AAAA - MM - JJ

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

N° de la carte-santé : \_\_\_\_\_ Code : \_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
AAAA - MM - JJ

Patient hospitalisé :  Oui  Non Si Oui, indiquer la raison svp : \_\_\_\_\_  Crise  Électif

Date d'admission (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_ Date prévue de la décharge (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_

Noms des tuteurs : \_\_\_\_\_

N° de téléphone des tuteurs : Primaire : \_\_\_\_\_ Secondaire : \_\_\_\_\_

Est-ce que l'adresse des tuteurs légaux est la même?  Oui  Non Si non, indiquez l'adresse svp

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

**Statut de garde :**  Intact  Garde partagée\*  Garde exclusive\*  Entente de soins temporaires  
 Ordonnance de soins et de garde temporaire  Ordonnance de surveillance  Accord de parenté  
 Ordonnance de tutelle par une société  Ordonnance de tutelle par la couronne  
 Ordonnance de garde pour la protection de l'enfant (art. 65.2)  Entente de soins conformes aux traditions

\*Fournir de la documentation juridique svp

### Renseignements sur la résidence :

Le client reside avec :  Mère biologique  Père biologique  Belle-mère  Beau-père  
 Parents de même sexe  Mère adoptive  Père adoptif  Famille élargie  
 Autonome  Autre précisez svp: \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer les noms complets des personnes avec lesquelles le/la client(e) réside ainsi que leur lien de parenté avec lui/elle : \_\_\_\_\_

### Lieu de résidence : (si différent de celui de la maison)

Famille d'accueil  Foyer de groupe ( Court terme  Long terme)  Centre de détention  
 Milieu fermé  Milieu ouvert

**Type de détention :**  Centre de détention Programme de traitement :  Oui  Non Autre : \_\_\_\_\_

**Année scolaire :** \_\_\_\_\_  Classe régulière  Éducation de l'enfance en difficulté  Traitement de jour  
 Classe / article 23  Ne fréquente pas l'école

Langue parlée par le client :  Anglais  Français Autre : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'un(e) interprète est nécessaire?  Oui  Non

Langue parlée par le(s) parent(s) :  Anglais  Français Autre : \_\_\_\_\_

Autochtone  Première Nation  Métis  Inuit  En reserve  Hors réserve

Actuellement devant un tribunal :  Oui  Non  Condamné devant une cour pour adolescents

Précisez svp :



Nom de famille	(Prénom)
N° MRN	N° de visite
Date de naissance AAAA-MM-JJ	le sex
Adresse	

Imprimer ou entrer l'information à la main

## Programme de santé mentale TeleLink Formulaire de référence

Motif du renvoi :  Consultation complète concernant:  Diagnostic  Médicament  Gestion :

Questions auxquelles il faut répondre au moyen de la consultation (veuillez être précis et si nécessaire, joindre des informations supplémentaire) :

Préoccupations des parents / des tuteurs légaux (si nécessaire, joindre des informations supplémentaire) :

Problèmes médicaux et allergies :

Antécédents familiaux de maladies mentales (veuillez être précis et si nécessaire, joindre des informations supplémentaire) :



Nom de famille	(Prenom)
No MRN	No de visite
Date de naissance AAAA-MM-JJ	le sex
Adresse	
Imprimer ou entrer l'information à la main	

## Programme de santé mentale TeleLink Formulaire de référence

**PRÉOCCUPATIONS PRINCIPALES (cochez toutes celles qui s'appliquent)**

- Retard de développement     Syndrome / effets de l'alcoolisme foetal     Troubles de socialization
- Troubles scolaires :  Pédagogiques     Comportementaux     École buissonnière     Autre : \_\_\_\_\_
- Troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention :     Inattention     Impulsivité     Hyperactivité
- Troubles oppositionnels avec provocation
- Comportement agressif :  Verbal     Physique     Autre : \_\_\_\_\_
- Comportement antisocial :  Toxicomanie     Alcool     Drogue     Pyromanie     Autre : \_\_\_\_\_
- Démêlés avec la justice, précisez svp : \_\_\_\_\_
- Passage à l'acte sexuel :  Présent     Antérieur, précisez svp : \_\_\_\_\_
- Troubles de l'humeur :  Dépression     Changements d'humeur     Humeur exaltée
- Comportements suicidaires :  Présent     Antérieur, précisez svp : \_\_\_\_\_
- Actes autodestructeurs : Type: précisez svp : \_\_\_\_\_
- Anxiété     Obsessions     Compulsions     Craintes     Comportements évitants
- Somatisation     Troubles du sommeil
- Troubles de l'alimentation: précisez svp : \_\_\_\_\_
- Conflit familial :  Éloignement des parents / de la famille     Deuil     Autre : \_\_\_\_\_
- Comportements étranges :  Hallucinations     Délires
- Témoin d'événements traumatisants :  Physiques     Affectifs     Sexuels
- Vécu un traumatisme :  Physiques     Affectifs     Sexuels

**Interventions :**  Actuellement aucune     Pas d'intervention antérieure de l'agence

Conseils :  Individuelles     Familiales     Parentales     De groupe     Autre : \_\_\_\_\_

1. Participation à un programme spécialisé : \_\_\_\_\_

2. Consultations antérieures relatives à la santé mentale, par ex.: psychologue, TAPP-C, etc. (à l'exception de la télépsychiatrie) :

Non     Oui    Date : \_\_\_\_\_    Avec qui : \_\_\_\_\_  
AAAA - MM - JJ



Nom de famille	(Prénom)
N° MRN	N° de visite
Date de naissance AAAA-MM-JJ	le sex
Adresse	
Imprimer ou entrer l'information à la main	

## Programme de santé mentale TeleLink Formulaire de référence

3. L'enfant ou l'adolescent(e) est-il/elle actuellement suivi(e) par un autre organisme de santé mentale ou un psychiatre?

---

### 4. Médicaments actuels

Stimulants

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Nom et dose : \_\_\_\_\_

SSRI ou autre antidépresseur

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Régulateur de l'humeur

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Antipsychotique

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Anti-anxiété

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Autres médicaments

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Nom et dose : \_\_\_\_\_

Nom et dose : \_\_\_\_\_