



PROGRAMME TELELINK DE TÉLÉSANTÉ MENTALE : FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

- Le présent document constitue une référence aux fins de consultations psychiatriques par le biais du Programme TeleLink de télésanté mentale, dispensé par The Hospital for Sick Children.
- 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.
- ✓ Toute référence doit être soumise par un médecin ou une infirmière praticienne.

✓ LISTE DE CONTRÔLE :

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

* *Obligatoire*

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

FAIRE SUIVRE :

Télécopier les références au **416-813-2189**

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	

Programme TeleLink de télésanté mentale – Page de couverture pour la référence

DATES D'INDISPONIBILITÉ

Dates auxquelles le client/la famille sera *indisponible* aux fins de consultation :

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

D'autres informations pertinentes ou circonstances exceptionnelles (notamment - culture, religion, ethnicité, préférence sexuelle, style de vie) et si le client demande ou nécessite de l'hébergement :



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

Programme TeleLink de télésanté mentale – Formulaire de référence

Date de la demande : _____ N° du client chez l'Agence : _____ MDN : _____
JJ-MM-AAA JJ-MM-AAA

INFORMATION SUR LE CLIENT

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

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) parlée(s) 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 tuteur(s) : _____

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

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

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

INFORMATION POUR CONTACTER LE CLIENT / TUTEUR

Nom (client/parent/tuteur) : _____

Adresse de courriel : _____

N° de téléphone (premier) : _____ Type : _____

Nom (client/parent/tuteur) : _____

Adresse de courriel : _____

N° de téléphone (second) : _____ Type : _____



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

Programme TeleLink de télésanté mentale – Formulaire de référence

INFORMATION SUR L'AGENCE RÉFÉRANTE

Agence / médecin / hôpital référent(e) : _____

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	

Programme TeleLink 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, et ainsi de suite. Joignez des informations supplémentaires au besoin :



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

Programme TeleLink de télésanté mentale – Formulaire de référence

INFORMATION SUR LES MÉDICAMENTS

Veillez 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 santé mentale (Indiquez tous les diagnostics antérieurs ou d'autres renseignements pertinents)

Interventions actuelles : Aucune actuellement Aucune participation antérieure d'une agence

Consultation : individuelle familiale parentale en groupe autre : _____

Participe à un programme spécialisé : _____

A subi des évaluations de santé mentale précédentes, p.ex. psychiatrique, psychologique, TAPP-(C).
Dans l'affirmative, veuillez inclure tous les rapports précédents :

Non Oui Date : _____ Nom du médecin traitant : _____

JJ- MM - AAAA