

DEMANDE DE CONSULTATION - VOLET 6-18 ans

VEUILLEZ SVP REMPLIR TOUS LES CHAMPS AVANT DE NOUS ENVOYER LE FORMULAIRE

Date : ____ / ____ / ____			
COORDONNÉES DU JEUNE			
NOM :		PRÉNOM :	
NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE :		DDN : ____ / ____ / ____	
ADRESSE :		DATE D'EXP : ____ / ____	
COURRIEL :		#TÉL (si plus de 14ans) :	
MILIEU DE VIE : <input type="checkbox"/> PARENTS <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> TUTEUR <input type="checkbox"/> GARDE PARTAGÉE <input type="checkbox"/> FAMILLE D'ACCUEIL			
COORDONNÉES DES PARENTS			
PÈRE/ Parent 1	NOM:		PRÉNOM:
MÈRE/ Parent 2	NOM:		PRÉNOM:
TUTEUR	NOM :		PRÉNOM :
COURRIEL	1	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	#TÉL :
	2	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	#TÉL :
LANGUE D'USAGE :			BESOIN D'INTERPRÈTE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'usager de 14 ans et + ou le parent consent-il à être référé vers la CIRENE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
COORDONNÉES DU RÉFÉRENT			
NOM :		SIG :	LIC # :
TITRE/PROFESSION :		ADRESSE DU RÉFÉRENT :	
COURRIEL :		#TÉL :	# FAX :
Êtes-vous MD ou IPS traitant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si non, MD ou IPS traitant doit être avisé et une prescription/requête médicale doit être jointe à la demande.	
COORDONNÉES DU MÉDECIN/IPS TRAITANT			
NOM :		LIC # :	
ADRESSE :		COURRIEL :	
NB : Au terme de la consultation, le patient sera retourné aux soins du médecin traitant.			
MOTIF(S) de CONSULTATION (Préciser si bris de fonctionnement)			
LISTE DES PRINCIPAUX BESOINS EN LIEN AVEC LA DEMANDE (Cochez ceux qui s'appliquent)			
RUPTURE DE FONCTIONNEMENT	<input type="checkbox"/> Participation sociale	<input type="checkbox"/> Familial	<input type="checkbox"/> Scolaire (exclusion, absentéisme, etc.)
ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET/OU DOMESTIQUE (AVQ/AVD)	<input type="checkbox"/> Difficultés sur le plan de l'autonomie dans les AVQ et/ou les AVD	<input type="checkbox"/> Problèmes d'alimentation <input type="checkbox"/> Particularités/trouble d'intégration sensorielle <input type="checkbox"/> Problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/> Difficultés motrices compromettant les AVQ et/ou les AVD
COMPORTEMENT	<input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Agressivité	<input type="checkbox"/> Crises de colère <input type="checkbox"/> Difficultés/troubles de comportement	<input type="checkbox"/> Impulsivité <input type="checkbox"/> Opposition
SANTÉ MENTALE ET ENJEUX PSYCHOSOCIAUX	<input type="checkbox"/> Symptôme d'anxiété <input type="checkbox"/> Symptôme dépressif	<input type="checkbox"/> Compulsions <input type="checkbox"/> Obsessions	<input type="checkbox"/> Difficulté de socialisation <input type="checkbox"/> Intimidation/isolement

FONCTIONNEMENT SCOLAIRE	<input type="checkbox"/> Échec scolaire dans plus d'une matière principale (français, math, anglais)	Trouble d'apprentissage : <input type="checkbox"/> Hypothèse <input type="checkbox"/> Diagnostiqué Spécifier :
TDAH	<input type="checkbox"/> Échec d'essais pharmaco-thérapeutique à doses optimales <input type="checkbox"/> Condition médicale compliquant le traitement	<input type="checkbox"/> Présence de comorbidité (Tics, Trouble anxieux, TOC, ...) <input type="checkbox"/> Diagnostic différentiel difficile à établir
TICS	<input type="checkbox"/> Tics moteurs <input type="checkbox"/> Tics vocaux <input type="checkbox"/> Impact fonctionnel	<input type="checkbox"/> Blessure/douleur due aux tics
La clinique Tourette intervient dans le diagnostic et l'intervention en lien avec les tics en partenariat avec les équipes de proximité. Concernant les symptômes associés (ex: anxiété, troubles de comportement, etc.), la clinique Tourette peut, au besoin, contribuer au diagnostic différentiel et au plan d'intervention. Cependant, la majorité des interventions pour les symptômes associés ne sont pas données par la clinique Tourette et doivent être mises en place par les services de proximité (ex: Mécanisme d'accès en Santé Mentale, Service de crise, etc.).		
TSA 13-17 ans	<input type="checkbox"/> Suspicion TSA au premier plan- démarche diagnostique avec impasse	
Tout jeune référé à la clinique TSA 13-17 doit faire partie du territoire de déserte identifié par le MSSS. Les demandes doivent provenir du mécanisme d'accès en santé mentale-jeunesse des CISSS/CIUSSS du territoire où réside le patient.		
AUTRES CONDITIONS MÉDICALES PERTINENTES DANS LA CADRE DE LA DEMANDE		
MÉDICATION ACTUELLE		
SERVICE(S) REÇU(S) - SVP nous faire parvenir tous les rapports d'évaluations ou d'évolution disponibles		
LIEU DE DISPENSATION	TYPES DE SERVICES REÇUS	SERVICES ACTIFS?
<input type="checkbox"/> Services scolaires		<input type="checkbox"/> Antérieur <input type="checkbox"/> Actif
<input type="checkbox"/> CISSS/CIUSSS		<input type="checkbox"/> Antérieur <input type="checkbox"/> Actif
<input type="checkbox"/> Réseau privé		<input type="checkbox"/> Antérieur <input type="checkbox"/> Actif
<input type="checkbox"/> Centre hospitalier		<input type="checkbox"/> Antérieur <input type="checkbox"/> Actif
Des services de proximité sont disponibles via l'accueil psychosocial du CISSS/CIUSSS du secteur domiciliaire de l'enfant/adolescent et sa famille, dont entre autres, des services d'intervention psychosociale et/ou psychoéducative. https://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/votre-cisss-ciuuss/		
POUR JOINDRE LE CIRENE OU POUR TRANSMETTRE LES DOCUMENTS DE MANIÈRE CONFIDENTIELLE		
Téléphone : (514) 345-4932 poste 6065	Télécopieur : (514) 345-2321	Courriel : cirene.hsj@ssss.gouv.qc.ca
VEUILLEZ SVP REMPLIR TOUS LES CHAMPS AVANT DE NOUS ENVOYER LE FORMULAIRE		