

## 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"/> <b>Formulaire de consentement *</b>             | <input type="checkbox"/> Évaluation de l'abus de drogues et d'alcool          |
| <input type="checkbox"/> <b>Résumé de cas / Évaluation *</b>             | <input type="checkbox"/> Évaluation psychologique                             |
| <input type="checkbox"/> <b>Détails de contact/gestionnaire de cas *</b> | <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](mailto: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 : _____