

**CLINIQUE EXTERNE DE SANTÉ MENTALE**  
**Accueil centralisé – Formulaire de référence**  
 Veuillez télécopier le formulaire complété au 613-748-4938

Identification (patient référé)			
Nom :			Prénom :
Sexe :	F <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	DDN :
Adresse :		# de carte Santé :	
		Langue :	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
		Téléphone 1 :	
		Téléphone 2 :	
Informations cliniques			
<b>Diagnostic :</b>			
<b>Médicaments</b>	<b>ATCD médicaux</b>	<b>ATCD psychiatriques</b>	<b>ATCD légaux</b>
Symptômes significatifs			
Anxiété <input type="checkbox"/>	Hallucinations <input type="checkbox"/>	Trouble du comportement <input type="checkbox"/>	
Humeur triste <input type="checkbox"/>	Paranoïa / idées délirantes <input type="checkbox"/>	Violence <input type="checkbox"/>	
Humeur exaltée <input type="checkbox"/>	Impulsivité <input type="checkbox"/>	Jeu pathologique <input type="checkbox"/>	
Idées suicidaires <input type="checkbox"/>	Trouble de l'attention <input type="checkbox"/>	Trouble de la mémoire <input type="checkbox"/>	
Substances <input type="checkbox"/>	Trouble alimentaire <input type="checkbox"/>	Déclin fonctionnel <input type="checkbox"/>	
Autres symptômes :			

**Attentes spécifiques du médecin réfèrent :**

Service demandé	
Consultation psychiatrique (retour au MD)	
<b>Service offert seulement en français :</b> Thérapie de groupe Télémédecine	

Critères d'exclusion	
Troubles alimentaires	Spectre de l'autisme
Évaluations psycho-légales	Déficiência intellectuelle
Domicilié ailleurs qu'en Ontario	Évaluation TDAH
Géronto-psychiatrie	Suivi long-terme
Pédopsychiatrie	2 <sup>e</sup> opinion

Médecin réfèrent	
Nom :	
# de facturation :	
Adresse :	
# Tél :	
# Télécopieur :	
<input type="checkbox"/> <b>J'accepte que le patient soit retourné à mes soins</b>	

**Signature du médecin réfèrent :**

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

