

Demande de consultation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent-Clinique FOCUS

Le médecin référent doit faire parvenir directement la demande de consultation et les informations nécessaires en un seul envoi, par TÉLÉCOPIEUR (581-741-7020)

Instructions

Les médecins spécialistes de la Clinique FOCUS offrent des services exclusivement sur référence du médecin traitant, en complément à une prise en charge médicale et psychosociale de première ligne.

Nos **pédopsychiatres** se spécialisent dans **l'évaluation et le traitement des troubles neurodéveloppementaux (TDAH, TSA, Tics-Tourette) avec ou sans certains troubles psychiatriques associés** (troubles anxieux, dépression légère à modérée, trouble d'adaptation).

- ❖ *Nous n'offrons aucun service médical de première ligne, d'urgence ou de sans rendez-vous, ni de service d'expertise ou de prise en charge à long terme.*
- ❖ *Certains services peuvent être NON disponibles en raison d'une liste d'attente temporairement fermée (voir cliniquefocus.com, section équipe).*
- ❖ *Utiliser le formulaire de référence pour nous faire parvenir la requête, en y joignant les rapports et documents pertinents tel qu'indiqué (en un seul envoi SVP).*
- ❖ *Les demandes de consultation qui ne correspondent pas aux services disponibles ou les demandes incomplètes seront retournées au médecin référent avec avis explicatif afin que celui-ci puisse en faire le suivi auprès du jeune et de sa famille.*

Les enfants et les adolescents atteints de certains troubles psychiatriques nécessitent une prise en charge par une équipe multidisciplinaire spécialisée de 2e ligne. Ces services n'étant pas disponibles au sein de notre clinique, nous ne pouvons accepter ces références et suggérons une orientation vers les ressources du réseau offertes par le milieu hospitalier de votre région pour les troubles suivants: psychose, trouble obsessionnel compulsif modéré à sévère, trouble alimentaire avec perte de poids marquée, maladie affective bipolaire, dépression avec idées suicidaires, trouble de personnalité et /ou comportements fréquents d'automutilation.

Si l'enjeu principal justifiant la démarche actuelle est un comportement d'opposition ou d'agressivité et/ou une détresse parentale associée, une intervention psychosociale doit être priorisée.

Une évaluation complémentaire pourrait être indiquée si vous suspectez l'une des problématiques suivantes:

- Difficultés ou troubles d'apprentissage, douance ou retard intellectuel (psychologie-neuropsychologie)
- Difficultés ou troubles du langage ou de la communication (orthophonie)
- Trouble du développement de la coordination ou de la modulation sensorielle (ergothérapie)

Pour toute demande de services professionnels non médicaux, nous vous invitons à diriger votre requête vers les services locaux disponibles. Si le parent désire consulter au privé, il est important qu'il sache que ces types de services ne sont pas couverts par la RAMQ.

Section réservée - Clinique FOCUS - Analyse de la demande –

Demande acceptée, orientée vers : _____

Avis au MD envoyé - Impossibilité de faire suite à la demande

- Service demandé non disponible
- Demande incomplète

Détails : _____

Dre Annick Vincent, psychiatre, directrice médicale Date : _____

Demande de consultation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent-Clinique FOCUS

Le médecin référent doit faire parvenir directement la demande de consultation et les informations nécessaires en un seul envoi, par TÉLÉCOPIEUR (581-741-7020)

Formulaire de référence – Clinique FOCUS- Pédopsychiatrie

MD référent Prénom et nom: _____ # pratique : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Lieu de pratique : _____

Jeune référé : Prénom et nom : _____
NAM : _____ Exp : ___/___/___ DDN: ___/___/___ Âge : ___
Adresse civique : _____

Mère Prénom et nom: _____

Père Prénom et nom: _____

Gardien légal (si applicable): _____

Personne à contacter :

mère père gardien légal

Téléphone principal: _____ Cellulaire Domicile Travail (préciser poste)

Courriel : _____

| Service demandé | Évaluation psychiatrique | | Conseils téléphoniques |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Clarifier diagnostic | Optimiser traitement | |
| TDAH complexe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tr. Spectre de l'autisme (TSA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tics-Sd Gilles de la Tourette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Détails : _____

Documents à joindre:

Essentiel : Copie d'une note clinique récente justifiant la consultation, incluant examen physique.

S'il y a lieu : Copie des rapports d'examen pertinents (ex.: laboratoires, ECG, imagerie cérébrale)

Copie de rapports de consultations médicales antérieures

Plans d'interventions du milieu scolaire

Si le jeune vit une problématique psychosociale significative et/ou qu'une autre problématique a été évoquée, indiquer ici si une référence a été faite et joindre le(s) rapport(s) d'évaluation ou d'intervention :

| | N/A | En attente | En cours | Terminé | Rapport joint | Détails |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| Intervention psychosociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Psychologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Neuropsychologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Orthophonie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ergothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autre : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Section réservée - Clinique FOCUS - Analyse de la demande –

Demande acceptée, orientée vers : _____

Avis au MD envoyé - Impossibilité de faire suite à la demande

Service demandé non disponible

Demande incomplète

Détails : _____

Dre Annick Vincent, psychiatre, directrice médicale Date : _____