

Centre de santé et de services sociaux  
de Dorval-Lachine-LaSalle

Guichet d'accès santé mentale - Adulte  
1900 rue Notre-Dame, Lachine QC H8S 2G2

RÉFÉRENCE DES MÉDECINS AU GUICHET  
D'ACCÈS EN SANTÉ MENTALE - ADULTE

Date de réception : \_\_\_\_\_

Nom, # de dossier

**Identification du patient**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Sexe  F  H  
Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Téléphone Domicile \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_ Langue  F  A  
No d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_ DDN (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

**Autorisation de communiquer des renseignements**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
(patient)  
autorise \_\_\_\_\_  
(nom du référent ou de la clinique médicale)

et le « Guichet d'accès en santé mentale – adulte » du CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle à se transmettre les renseignements pertinents à la continuité de mes soins. Cette autorisation est valable pendant toute la période où je recevrai des soins de ces établissements ou personnes ou jusqu'à ce que je révoque explicitement mon consentement.

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date (AAAA /MM /JJ) \_\_\_\_\_

**Motif de consultation**


**Objectif de la référence**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> suivi au CSSS DLL par l'équipe de santé mentale<br>1 <sup>ère</sup> ligne | <input type="checkbox"/> évaluation en psychiatrie ( <b>incluez une référence</b> ) |
|  | <input type="checkbox"/> opinion diagnostique                                       |
|  | <input type="checkbox"/> recommandations de traitement                              |
|  | <input type="checkbox"/> suivi (si ne peut être assuré en 1 <sup>ère</sup> ligne)   |

**Diagnostic(s)** (selon DSM-IV)**Axe I** (si connu, sinon symptômes principaux)**Axe II** (personnalité et déficience intellectuelle)**Axe III** (maladies physiques)**Axe IV** (stresseurs)**Axe V** (évaluation globale du fonctionnement)**Autres conditions associées ou facteurs de stress connus**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> idées ou gestes suicidaires      | <input type="checkbox"/> abus sexuel                 | <input type="checkbox"/> problèmes financiers    |
| <input type="checkbox"/> idées de violence / agressivité  | <input type="checkbox"/> difficultés conjugales      | <input type="checkbox"/> emploi / perte d'emploi |
| <input type="checkbox"/> alcool                           | <input type="checkbox"/> rupture / séparation        | <input type="checkbox"/> études                  |
| <input type="checkbox"/> drogue                           | <input type="checkbox"/> relation parent-enfant      | <input type="checkbox"/> logement / hébergement  |
| <input type="checkbox"/> problème de jeu                  | <input type="checkbox"/> relations interpersonnelles | <input type="checkbox"/> maladie physique        |
| <input type="checkbox"/> violence conjugale ou familiale  | <input type="checkbox"/> deuil                       | <input type="checkbox"/> maladie d'un proche     |
| <input type="checkbox"/> troubles mentaux dans la famille | <input type="checkbox"/> autre, précisez :           |  |

**Médication**

Médication actuelle :

Observance :  Oui  Non

Essais antérieurs :

**Médecin requérant**Nom du médecin \_\_\_\_\_ Êtes-vous le généraliste du patient ?  Oui  Non

Date du prochain rendez-vous \_\_\_\_\_

Clinique médicale

(étampe de la clinique ou adresse complète et numéro de téléphone)

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date (AAAA /MM /JJ) \_\_\_\_\_

**S.V.P. Veuillez transmettre votre référence à l'attention du « Guichet d'accès en santé mentale – Adulte », par courrier au CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle ou par télécopieur au (514) 639-9116. Pour plus d'informations, veuillez nous contacter au (514) 639-0660 poste 435 ou aux # de téléavertisseur suivants : (514) 230-0878 et (514) 230-0960.**