

CLINIQUE DES COMPORTEMENTS SEXUELS (CCS)

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

LES RÉFÉRENCES À CETTE CLINIQUE SERONT ACCEPTÉS SUR LA BASE D'UNE PRISE EN CHARGE PARTAGÉE, IL EST DONC ESSENTIEL D'ÊTRE INSCRIT CHEZ UN MÉDECIN DE FAMILLE. DANS DES CAS EXCEPTIONNELS, LES RÉFÉRENCES DES MÉDECINS DES CLINIQUES SANS RENDEZ-VOUS SERONT CONSIDÉRÉS.

***Veuillez ne pas utiliser ce formulaire** si le patient présente des symptômes prédominants d'un trouble psychiatrique diagnostiqué. Les patients doivent être orientés vers le programme respectif (**schizophrénie, etc.**) pour traiter les symptômes sous-jacents avant une référence à la Clinique des Comportements Sexuels. Si la symptomatologie sexuelle actuelle d'un patient est **indépendante** d'un diagnostic psychiatrique antérieur, sa référence sera prise en considération.

*Veuillez noter que toutes les sections sont obligatoires et que les références incomplètes seront renvoyés à la source de la référence. De plus, si un patient ne peut être contacté dans les 4 semaines suivant la première tentative de contact, sa référence sera retourné.

Informations Démographiques du Patient

Nom du Patient : _____

Date de Naissance :

N° de l'OHIP :

Numéro de Téléphone :

À COMPLÉTER PAR LA SOURCE DE LA RÉFÉRENCE (Obligatoire)

Le patient a-t-il un médecin de famille ? Oui () Non () Nom : _____

Médecin Référent (nom) : _____

Numéro de l'OHIP/facturation du médecin : _____

Institution de Référence : _____

Date : _____ Complété Par : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Courriel : _____

Le patient est-il actuellement inscrit à Health Links Ontario ? Oui () Non ()

Depuis combien de temps suivez-vous ce patient ?

Médicaments Psychiatriques Antérieurs

Médicaments Psychiatriques	Dosage	Fréquence	Date de Début	Date d'Arrêt

Allergies : () non () oui Si oui, veuillez spécifier : _____

Usage de Substances (suspecté ou connu) : Veuillez décrire en détail si le patient a actuellement ou a eu des antécédents de consommation de substances. Indiquez la/les substance(s) utilisée(s), quand, pendant combien de temps, quantité et fréquence. Veuillez répéter pour chaque type de drogue et/ou changement majeur de consommation (ex. sevrage, rechute). Joindre une feuille si nécessaire.

Informations Juridiques (le cas échéant)

Veuillez noter que toutes les nouvelles références nécessitent un rapport de casier judiciaire ou un CPIC. Les références sans cette information juridique seront renvoyés à la source référente

Le patient a-t-il des accusations en cours ? () Oui () Non

Indépendamment de la situation légale, un rapport de casier judiciaire ou un CPIC doit être joint. Les CPIC peuvent être obtenus via le lien suivant :

<https://commissionaires.ca/fr/services/verifications-de-casier-judiciaire/>

Si oui, veuillez décrire :

Le patient est-il en liberté conditionnelle () probation ()

***Les références soumises sans une ordonnance de probation ou de liberté conditionnelle/feuille d'accusation seront refusés.**

Informations de l'agent de libération conditionnelle:

Nom : _____ Téléphone : _____

Fax : _____ Courriel : _____

Veuillez indiquer la participation du patient à des activités de liberté conditionnelle/probation/supervision communautaire au cours des 18 derniers mois à trois ans. ***Nous n'accepterons pas les patients en fin (3 derniers mois) de leur liberté conditionnelle/probation.**

Le client est-il un ancien patient de la Clinique des Comportements Sexuels au Centre de Santé Mentale Royal d'Ottawa ? Si oui, pour quel motif et quand ?

Consentement

Le patient a donné son consentement pour cette référence ? () Non () Oui

Le patient est-il au courant que nous obtiendrons des rapports passés des hôpitaux/agences de santé mentale ? () Non () Oui

Le patient consent-il à la divulgation de ces dossiers passés au Royal ? () Non () Oui

Le patient est-il capable de consentir au traitement ? () Non () Oui

*Si non, veuillez identifier le mandataire/avocat/décisionnaire substitutif

Nom : _____ Tél : ___/___/___ x _____

Le patient est-il au courant que le Royal est un hôpital de recherche et d'enseignement et qu'il/elle peut être contacté(e) pour discuter de la participation à la recherche ?

() Non () Oui

Notes supplémentaires

Veillez retourner le formulaire de référence complété à :

Fax : 613.798.2976 (**préféré**) ou

Courrier : Bureau de Réception Central du Royal 1145 Carling Ave. Ottawa Ontario K1Z
7K4

Courriel : Central.Intake@theroyal.ca

Veillez contacter le Royal au :

Tél : 613.722.6521 ext. 6211 ou par courriel (Central.Intake@theroyal.ca) si vous avez des questions.