|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **De :** |  |  |  |  |  |  |
| Nom de votre clinique | |  |  | VOTRE LOGO | | |
| Adresse |  |  |  |
| Tel |  |  |  |  |  |  |
| Courriel |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **A :** |  |  |  |  |  |  |
| Nom de la clinique à qui la demande s'adresse | | | | |  |  |
| Adresse |  |  |  |  |  |  |
| Tel |  |  |  |  |  |  |
| Courriel |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Le | 2021-02-18 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Objet : Demande de transfert de M./Mme XXXXX | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Vous trouverez ci-joint les documents nécessaires au transfert : notes de suivi médical et psychosocial, derniers labos, rapports d’imagerie, ainsi que l’historique pharmacologique. | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Nous vous demandons de bien vouloir confirmer la date du premier rendez-vous de M/Mme XXX auprès de Nom de l'intervenant ou du chef d'équipe au xxx-xxx-xxxx poste xxxxx ou par email xxxxxxxx@ssss.gouv.qc.ca afin d’assurer la liaison et la possibilité de faire accompagner le/la patiente à son premier rendez-vous | | | | | | |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Veuillez agréer l’expression de nos salutations distinguées. | | | | | | |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
| Dr |  |  |  |  |  |  |  |
| Psychiatre |  |  |  | Intervenant-Pivot | |  |  |
| Clinique XXXX | |  |  | Clinique XXXXX | |  |  |
| 514-XXX-XXXX | |  |  |  |  |  |  |
| Date : | 2021-02-18 | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | M,/Mme XXXX | |  |  |
|  |  |  |  | (l'usager de service) | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et adresse du lieu de transfert** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **IDENTIFIANT DE L'USAGER** | | | | | | | |
| **Nom** |  | | | | | | |
| **Adresse** |  | | | | | | |
|  | |
| **Courriel** |  | | | | | | |  | |
| **Téléphone** |  | | | | | | |  | |
| **Moyen préféré de communication** | Choose an item. | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | |  | |
| **Statut Légal** | Choose an item. | | | | | | |  | |
| Détails |  | | | | | | |  | |
| **Revenu(s)** | Autre | | | | | | |  | |
| Détails |  | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | |  | |
| **Nom et Tel de la pharmacie** |  | | | | | | |  | |
| **Télécopieur pharmacie** |  | | | | | | |  | |
| **Omnipraticien** | Choisissez un élément. | | | | | | |  | |
| Tel |  | | | | | | |  | |
| Adresse |  | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | |  | |
|  | |
| **CONTEXTE À L'ADMISSION** | | | | | | | |  | |
| **Référé(e) par** | |  | | | | | |  | |
| **Date admission** | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
| **Nombre de rechute(s)** | | | | |  | | |  | |
| Nombre de rechute(s) avec Hospitalisation | | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
| **Antécédents médicaux pertinents:** | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
| Nombre de mois de suivi complété | |  | | | | | |  | |
| **TABLEAU CLINIQUE À L'ADMISSION ET EN COURS DE SUIVI** | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | **A l’admission** | | | | **En cours** | |
| Suicidalité | | | | **Oui** | | | | Choose an item. | |
| *contexte-stresseurs; symptôme, fonctionnement* | | | | *Remplir uniquement si symptômes* | | | | | |
| Agressivité-dangerosité | | | | **Oui** | | | | Choose an item. | |
| *contexte-stresseurs; symptôme, fonctionnement* | | | | *Remplir uniquement si symptômes* | | | | | |
| Sx positifs | | | | **Oui** | | | | Choose an item. | |
| *contexte-stresseurs; symptôme, fonctionnement* | | | | *Remplir uniquement si symptômes* | | | | | |
| Sx négatifs | | | | **Oui** | | | | Choose an item. | |
| *contexte-stresseurs; symptôme, fonctionnement* | | | | *Remplir uniquement si symptômes* | | | | | |
| Sx autres (ex. affectif) | | | | **Oui** | | | | Choose an item. | |
| *contexte-stresseurs; symptôme, fonctionnement* | | | | *Remplir uniquement si symptômes* | | | | | |
| Troubles cognitifs | | | | **Oui** | | | | Choose an item. | |
| *contexte-stresseurs; symptôme, fonctionnement* | | | | *Remplir uniquement si symptômes* | | | | | |
|  | | | |  |  | | | | |
|  | | | |  |  | | | | |
| **TABLEAU CLINIQUE ACTUEL** | | | | | | | | | |
| **Diagnostiques finaux** | | **Évolution des symptômes** | | | | | **Enjeux résiduels principaux** | | |
| 1. | |  | | | | |  | | |
| 2. | |  | | | | |  | | |
| 3. | |  | | | | |  | | |
| Autre : | |  | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HISTORIQUE PHARMACEUTIQUE** | | | | | | | | | |
| **Rx/Dose** | **Réponse Thérapeutique** | | **Effet secondaire** | | **Raison de l'arrêt** | | **Date/Durée** | | **Observance** |
|  | Choisissez un élément. | | Autre (précisez dans observation) | |  | |  | | Choisissez un élément. |
|  | Choisissez un élément. | | Choisissez un élément. | |  | |  | | Choisissez un élément. |
|  | Choisissez un élément. | | Choisissez un élément. | |  | |  | | Choisissez un élément. |
|  | Choisissez un élément. | | Choisissez un élément. | |  | |  | | Choisissez un élément. |
|  | Choisissez un élément. | | Choisissez un élément. | |  | |  | | Choisissez un élément. |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
| Observations/Précisions : | | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
| **RX ACTUELLE(s)** | | | | | | | | | |
| **Rx/Dose** | | **Réponse Thérapeutique** | | **Effet secondaire** | | **Date/Durée** | | **Observance** | |
|  | | Choisissez un élément. | | Choisissez un élément. | |  | | Choisissez un élément. | |
|  | | Choisissez un élément. | | Choisissez un élément. | |  | | Choisissez un élément. | |
|  | | Choisissez un élément. | | Choisissez un élément. | |  | | Choisissez un élément. | |
|  | | Choisissez un élément. | | Choisissez un élément. | |  | | Choisissez un élément. | |
|  | |  | |  | |  |  | |  |
| Observations/Précisions : | | | |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Autocritique | Choisissez un élément. | Collaboration | Attitude |  |
| Assiduité RDV Médicaux | Choisissez un élément. |  |  |  |
| Assiduité RDV Intervenant | Choisissez un élément. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONSOMMATION** | | | |
|  | Consommation Antérieure Problèmatique | Consommation actuelle | Souhaite |
| Cannabis |  |  | Maintenir |
| Amphétamines |  |  | Choisissez un élément. |
| Métamphétamine |  |  | Choisissez un élément. |
| Cocaine/ Crack |  |  | Choisissez un élément. |
| Opiacés |  |  | Choisissez un élément. |
| ROH |  |  | Choisissez un élément. |
| Autre |  |  | Choisissez un élément. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Comportement à risque** | |
| Consommation IV |  |
| Risque ITSS |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SITUATION LEGALE** | | | | | | | | | | |  |
|  | **OUI/NON** | **Date de début** | | | **Date de début** | | **Durée** | **Observation/ Commentaires** | | |  |
| **Antécédents judiciaires** |  |  | | |  | |  |  | | |  |
| **TAQ** |  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  |  | | |  |
| **Régime de protection** |  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  |  | | |  |
| **Ordonnance de traitement** |  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  |  | | |  |
| **Ordonnance d'hébergement** |  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  |  | | |  |
| **SITUATION PSYCHOSOCIALE** | | | | | | | | | | |
|  | **ANTERIEURE(S)**  AVANT L’ADMISSION A L’ADMISSION EN COURS DE SUIVI | | | | | | **ACTUELLE** | | | |
| OCCUPATION | Choisissez un élément. | | Choisissez un élément. | | | Choisissez un élément. | OCCUPATION | | Choisissez un élément. | |
| Type |  | |  | | |  | Domaine | |  | |
| Durée |  | |  | | |  | Depuis le : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |
| Types d’hébergements durant le suivi | Choisissez un élément. | | | Choisissez un élément. | | Choisissez un élément. | MILIEU DE VIE ACTUEL | | Choisissez un élément. | |
| SITUATION RELATIONNELLE | Choisissez un élément. | | | | | | SITUATION RELATIONNELLE | | Choisissez un élément. | |
| Nom de la personne Ressource |  | | | | | | Numéro de la personne ressource | |  | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  |  |
| **Projet de vie (étude, emplois projeté, projet hébergement, vie sociale et amoureuse et loisir si pertinent) :** | | | | | | | | | | |
|  |
|  | | | | | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |  |  | | |  | |  |  |  |  |  |
| **Recommandations de l’équipe traitante, thèmes à aborder, démarches** | | | | | | | | | | |  |
|  |
|  | | | | | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |  |  | | |  | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN DE PRÉVENTION DE RECHUTE** | | | | | | |
| Décrire les signes précurseurs : | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  | | |  |
| **Facteurs de protection** | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | |  |
| **Facteurs de risques de rechute** | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | |  |

**L’ensemble du document a été compris et discuté avec le patient**

**Ce plan n’a pas pu être discuté avec le patient pour des raisons cliniques**

**Spécifiez les raisons :**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EVALUATION DE L'AUTONOMIE ET LA SATISFACTION** | | | |
|  |  |  |  |
| **Comment perçois-tu tes capacités en ce moment ?** | | | |
|  | Selon l'usager | Selon l'intervenant |  |
|  |
| Alimentation (achats) | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Alimentation (préparation) | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Gestion budgétaire | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Entretien ménager | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Hygiène personnelle | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Stabilité résidentielle | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Relations familiales | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Relations avec les autres | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Activités significatives | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Gestion du temps | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Consommation | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Capacité à gérer les problèmes du quotidien | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Adaptation aux changements | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Affirmation et communication | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Gestion de ma santé physique | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Gestion de ma santé mentale | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
| Gestion de mes rendez-vous | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |  |
|  |  |  |  |
| **Sur une échelle de 1 à 10 (1 étant faible et 10 étant élevé), écris ton degré de satisfaction de tes sphères de vie.** | | | |
|  |  |  |  |
| Milieu de vie | Choisissez un élément. |  |  |
| Finance | Choisissez un élément. |  |  |
| Travail ou école | Choisissez un élément. |  |  |
| Réseau familial, social | Choisissez un élément. |  |  |
| Santé physique | Choisissez un élément. |  |  |
| Santé mentale | Choisissez un élément. |  |  |
| Dépendance | Choisissez un élément. |  |  |
| Sexualité / Relations amoureuses | Choisissez un élément. |  |  |
| Loisirs | Choisissez un élément. |  |  |
| spiritualité | Choisissez un élément. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPRÉHENSION DU PLAN DE TRANSFERT ET EVALUATION DES BESOINS** | | | | | | |
| **1. S’il y a consommation actuelle, comment influence-t-elle tes sphères de vie ? (loisirs, milieu de vie, finance, travail, école, réseau familial et social, santé globale)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  |
|  |
| **2. De quel type d’aide as-tu besoin pour atteindre tes objectifs ?** | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  |
|  |
| **3. Explique le fonctionnement de la prochaine étape (équipe- changements et similitudes, intervenant principale, fréquence des rendez-vous, etc.)** | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  |
|  |
| **4. Qui d’autre que le PIPEP te soutient dans l’atteinte de tes objectifs ? Souhaites-tu avoir un autre service pour t’aider ?** | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  |
|  |
| **5. As-tu des craintes / peurs avec le changement de services ?** | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  |
|  |
| **6. Peux-tu identifier des partenaires et personnes-ressources à impliquer dans la poursuite de mes objectifs ? Qui peut t’aider ?** | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  |
|  |
| **7. S’il y a un nouveau service qui peut t’aider, en quoi le suivi sera-t-il différent du PIPEP ? (information sur la nouvelle équipe),** | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  | | | | | | |  |
| **Je confirme avoir discuté du plan de transfert et de rechute avec mon intervenant** | | | | | | |  |
| **Je confirme avoir abordé l'ensemble des questions que je jugeais importantes** | | | | | | |  |
| **Je confirme avoir bien compris le plan de transfert et de prévention des rechutes qui m'ont été présentés** | | | | | | |  |
| **Check list des Documents à joindre** | | | | |
| **Tel que suggéré dans ce classeur ou selon le format de votre clinique** | | | | √ |
| 1 | Lettre de demande de transfert signée et datée |  |  |  |
| 2 | Identification et contexte (modèle, ou selon préférence) | | |  |
| 3 | Tableau clinique incluant : à l'admission et actuel | |  |  |
| 4 | Consommation antérieures et actuelles | |  |  |
| 5 | Pharmacologie, prescriptions, antérieures et actuelles | | |  |
| 6 | Situation psychosociale antérieure et actuelle | |  |  |
| 7 | Situation légale antérieure et actuelle |  |  |  |
| 8 | Plan de prévention des rechutes |  |  |  |
| 9 | Auto-évaluation des besoins et de l'autonomie du patient | | |  |
| **Joindre aussi une copie de** | | | |  |
| 10 | Plan d'intervention Individualisé si applicable | |  |  |
| 11 | Évaluation psychiatrique initiale si applicable | |  |  |
| 12 | Évaluation psychosociale si applicable | |  |  |
| 13 | Les 5 dernières notes cliniques ou + si nécessaire | |  |  |
| 14 | Toute note pertinente en lien avec rechute ou période d'instabilité | | |  |
| 15 | Les sommaires d'hospitalisation si applicable | |  |  |
| 16 | Les investigations les plus récentes (tests sanguins, CT, EEG, ECG, etc) | | |  |
| 17 | Jugement d'autorisation de soins et d'hébergement si applicable | | |  |
| 18 | Jugement du TAQ si applicable |  |  |  |
| 19 | Tout rapport d'évaluation psychiatrique complet détaillé (ex. pour autorisation de soins, pour TAQ, etc) | | |  |
| (+) | | | |  |
| 20 | Vérifier avec l'endroit de votre référence s'ils ont des besoins particuliers. | | |  |