|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.  | [ ]  |