

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

Installation _____

Formulaire
de référence
unique



DEMANDE DE SOINS ET SERVICES AU CISSO

Ce formulaire s'adresse aux médecins et IPS souhaitant effectuer une demande de services pour un usager dans l'une des directions-programmes du CISSS de l'Outaouais.

URGENT svp l'inscrire dans l'objet lors de l'envoi

ATTENTION : Ce formulaire ne remplace pas la DSDA

SECTION A : INFORMATIONS SUR L'USAGER

N° d'assurance maladie :

Date d'expiration :

Sexe : féminin masculin non-binaire

Langue d'usage : français anglais autre : _____

Adresse permanente (n° civique, rue, appartement):

Ville Code postal :

Adresse temporaire si besoin (lieu où seront prodigués les soins) :

Ville Code postal :

Tél. résidence :

Tél. autre :

Partie obligatoire si l'usager a moins de 14 ans

Nom de la mère :

Nom du père :

Allergies : oui (précisez) :

non

SECTION B : REQUIS DE SERVICES EXTERNES AU GMF

RÉSERVÉ À L'URGENTOLOGUE OU MÉDECIN SPÉCIALISTE

- Soins infirmiers (Incluant labo) Services psychosociaux (Ex. : TS, psychologue, etc.) Santé et réadaptation (Ex. : nutri, physio, ergo)
- Consultation psychiatrique si requis suite à l'évaluation du guichet santé mentale jeunesse (incluant ado et pédopsychiatrie)
- Autres : _____

- Consultation psychiatrique si requis suite à l'évaluation du guichet santé mentale (CRDS pour les omnipraticiens)

Précisez les besoins et services souhaités :

Diagnostic(s) en lien avec la demande (trouble, déficience, maladie) :

Informations complémentaires sur la situation de l'usager et son état général :

SECTION C : DANGÉROSITÉ CONCERNANT L'USAGER

Présence d'idées suicidaires

Précisez :

Nom :

Prénom :

DDN :

<input type="checkbox"/> Aucun selon l'évaluation
<input type="checkbox"/> Violence familiale/ conjugale Précisez :
<input type="checkbox"/> Aucun selon l'évaluation
<input type="checkbox"/> Idées délirantes (hallucinations, désorganisation) Précisez :
<input type="checkbox"/> Aucun selon l'évaluation
<input type="checkbox"/> Autres. Précisez :

SECTION D : CONSENTEMENT DE L'USAGER RÉFÉRÉ SECTION OBLIGATOIRE

L'utilisateur est informé de la demande. Assurez-vous du consentement de l'utilisateur ou son représentant légal.

Usager de 14 ans et plus

L'utilisateur de 14 ans et plus (ou son représentant légal) consent de façon libre et éclairée au partage d'informations et de documents pertinents à la présente demande.

Usager de 14-17 ans :

L'utilisateur de 14-17 ans donne son autorisation à ce que ses parents ou l'un de ses parents ou une autre personne soient contactés :

Nom, prénom : _____

Téléphone : _____

Usager de moins de 14 ans :

Pour le mineur de moins de 14 ans, le titulaire de l'autorité parentale (ou le tuteur) consent de façon libre et éclairée au partage d'informations et de documents pertinents à la présente demande.

Nom et prénom du tuteur, le cas échéant :

SECTION E : SERVICES ACTUELS

Nom, prénom du médecin de famille :

Nom des professionnels en GMF impliqués auprès de l'utilisateur s'il y a lieu :

Nom du GMF ou autre clinique :

Adresse courriel :

Téléphone :

Télécopieur :

Signature :

Date de la demande :

SECTION F : DEMANDEUR (si autre que médecin de famille)

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Signature :

Date de la demande :

SECTION G : AVIS IMPORTANTS

- Vous avez la responsabilité de nous informer de tout changement dans la situation de l'utilisateur afin d'ajuster la priorisation de la demande.
- Si l'envoi de ce formulaire se fait par courriel, vous recevrez un accusé de réception.
- L'utilisateur sera contacté pour traiter la demande de soins et services.
- Dans le cas où certains documents seraient manquants, le traitement de la demande pourrait être retardé.
- Dans l'éventualité où l'utilisateur ne peut être rejoint après 3 tentatives et l'envoi d'une lettre, le médecin de famille sera informé et une nouvelle demande devra être adressée, le cas échéant.
- Dès que le traitement de la demande sera terminé, le médecin de famille sera informé de la décision concernant son orientation et les services disponibles pendant le délai d'attente.

TRANSMISSION DU FORMULAIRE

Documents à joindre :

Joindre **tous les documents** requis à votre demande.

Transmission :

La demande de soins et services doit être transmise par courriel et adressée qu'à un seul guichet d'accès.

Si l'utilisateur nécessite des services de plus d'une direction, choisir le guichet d'accès correspondant le mieux à la demande actuelle.

- Jeunesse : 07_cisso_ga_jeunesse@ssss.gouv.qc.ca; Télécopieur : 819-771-8221
(Clientèle 0-17 ans incluant santé mentale)
- Santé mentale-dépendance adulte : 07_cisso_ga_smd_regional@ssss.gouv.qc.ca; Télécopieur: 819-966-6556
- Déficience et réadaptation : cisso_ga_didptsa@ssss.gouv.qc.ca; Télécopieur : 819-777-7174
(déficience physique, intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme)
- Soutien à domicile : 07_csssg_ga_sad-sge@ssss.gouv.qc.ca; Télécopieur : 819-966-6577
(clientèle de tous âges **incapable** de se déplacer)
- Soins infirmiers ambulatoires : 07_csssg_ga_sgs@ssss.gouv.qc.ca; Télécopieur : 819-966-6596 (clientèle de tous âges **pouvant** de se déplacer)