



DLM120

Nom à la naissance

Prénom

# Dossier

**GUICHET D'ACCÈS EN SANTÉ MENTALE (GASM)-ADULTE**  
**DEMANDE DE SERVICE (à l'usage des partenaires)**

Dans ce formulaire, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

**Section réservée à l'usage du secrétariat du GASM**

Territoire associé à la demande de service : Site Métro  Site Côte-des-Neiges  Site Parc-Extension

**IDENTIFICATION DE L'USAGER – Informations obligatoires**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Date de naissance (aa-mm-jj) : \_\_\_\_\_ Langue(s) d'usage : français  anglais  autre  : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

N° tél. où joindre l'utilisateur : #1 ( ) \_\_\_\_\_ #2 ( ) \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas de besoin : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ N° tél. : ( ) \_\_\_\_\_

L'utilisateur a-t-il des enfants âgés de moins de 18 ans? : Non  Oui  leur âge : \_\_\_\_\_

Habite-t-il avec ses enfants? : Non  Oui  Préciser (ex. : garde complète, partagée) : \_\_\_\_\_

L'utilisateur a-t-il présentement un suivi avec un omnipraticien? Non  Oui

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Nom de la clinique/GMF : \_\_\_\_\_ N° tél. : ( ) \_\_\_\_\_

Avez-vous communiqué avec l'omnipraticien de l'utilisateur avant de faire une demande au GASM? Non  Oui

**RAISON DE LA DEMANDE DE SERVICE (cocher)**

- Évaluation en santé mentale 1<sup>re</sup> ligne et recherche d'un omnipraticien
- Évaluation en santé mentale 1<sup>re</sup> ligne et retour à l'omnipraticien traitant
- Évaluation en santé mentale 1<sup>re</sup> ligne et suivi avec l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne ou un autre programme de 1<sup>re</sup> ligne du CSSS
- Évaluation en santé mentale 1<sup>re</sup> ligne et suivi conjoint avec l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne ou un autre programme de 1<sup>re</sup> ligne du CSSS
- Évaluation en psychiatrie<sup>1</sup>
- Autre : \_\_\_\_\_

En vous adressant au GASM-Adulte, quels sont les besoins particuliers pour lesquels l'utilisateur ou votre organisation désirez une réponse? Quelles sont les attentes de l'utilisateur et /ou celles de votre organisation concernant les soins et services à obtenir ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS CLINIQUES <sup>2</sup> associées à la demande de service**

Décrivez les symptômes qui préoccupent l'utilisateur ou qui vous préoccupent (au plan de l'humeur, de la pensée et des comportements), leur date approximative d'apparition et leur intensité (légère, moyenne, sévère) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CIRCONSTANCES et MANIFESTATIONS ASSOCIÉES ou ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS** (cocher si présent)

- |                                                                                     |                        |                                 |                                  |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Idées suicidaires : .....                                  | Urgence/Sévérité ..... | faible <input type="checkbox"/> | moyenne <input type="checkbox"/> | élevée <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Idées homicidaires : .....                                 | Urgence/Sévérité ..... | faible <input type="checkbox"/> | moyenne <input type="checkbox"/> | élevée <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Début de psychose : .....                                  | Urgence/Sévérité ..... | faible <input type="checkbox"/> | moyenne <input type="checkbox"/> | élevée <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Toxicomanie : .....                                        | Urgence/Sévérité ..... | faible <input type="checkbox"/> | moyenne <input type="checkbox"/> | élevée <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Alcoolisme : .....                                         | Urgence/Sévérité ..... | faible <input type="checkbox"/> | moyenne <input type="checkbox"/> | élevée <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de jeu : .....                                   | Urgence/Sévérité ..... | faible <input type="checkbox"/> | moyenne <input type="checkbox"/> | élevée <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Expérience(s) traumatique(s)/abus : .....                  | Urgence/Sévérité ..... | faible <input type="checkbox"/> | moyenne <input type="checkbox"/> | élevée <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Difficultés au niveau de la conduite alimentaire : .....   | Urgence/Sévérité ..... | faible <input type="checkbox"/> | moyenne <input type="checkbox"/> | élevée <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Difficultés conjugales (rupture récente/imminente) : ..... | Urgence/Sévérité ..... | faible <input type="checkbox"/> | moyenne <input type="checkbox"/> | élevée <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Difficultés au niveau de l'emploi : .....                  | Urgence/Sévérité ..... | faible <input type="checkbox"/> | moyenne <input type="checkbox"/> | élevée <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Difficultés au niveau de l'hébergement : .....             | Urgence/Sévérité ..... | faible <input type="checkbox"/> | moyenne <input type="checkbox"/> | élevée <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Difficultés entourant la migration : .....                 | Urgence/Sévérité ..... | faible <input type="checkbox"/> | moyenne <input type="checkbox"/> | élevée <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autre (s) : _____                                          | Urgence/Sévérité ..... | faible <input type="checkbox"/> | moyenne <input type="checkbox"/> | élevée <input type="checkbox"/> |

**ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES** (si connus)

Indiquer, par exemple, le(les) diagnostic(s) actuel(s) ou passé(s), la date approximative d'apparition des symptômes ou de la maladie, les dates et durées approximatives des hospitalisations en psychiatrie, la présence ou l'absence d'idées ou de tentatives suicidaires dans le passé, la présence ou l'absence d'un suivi en psychiatrie, le nom des professionnels/intervenants impliqués auprès de l'utilisateur et la présence d'antécédents familiaux :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX** (si connus)

Indiquer si l'utilisateur souffre ou a souffert de problèmes de santé physique (diabète, glande thyroïde...): Non  Oui

Lequel/Lesquels : \_\_\_\_\_

Reçoit-il ou a-t-il déjà reçu un traitement : Non  Oui  lequel/lesquels : \_\_\_\_\_

**MÉDICATION PHYSIQUE et/ou PSYCHIATRIQUE** (nom, posologie, date du début de la prise, effets secondaires)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SERVICES ET PLAN D'INTERVENTION**

Quelle est la nature des services que votre organisation offre à l'utilisateur (ex. : suivi, hébergement) et/ou les objectifs de vos interventions?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ # dossier : \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT À COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ consent à ce que \_\_\_\_\_  
(nom de l'utilisateur) (nom de l'organisme)

et le **Guichet d'accès en santé mentale – Adulte du CSSS de la Montagne** échangent tout renseignement personnel favorisant la continuité des soins et services qui me sont offerts ou que je recevrai. Mon consentement est valide durant la période où j'obtiendrai des soins et des services de ces établissements, ou jusqu'à ce que je le révoque explicitement.

Date (aa-mm-jj) \_\_\_\_\_ Signature de la personne \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom de l'intervenant (en lettres majuscules) : \_\_\_\_\_ Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de l'organisme : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

N° tél. : ( ) \_\_\_\_\_ N° télécopieur : ( ) \_\_\_\_\_

⇒ Prévoyez-vous accompagner l'utilisateur à la rencontre d'évaluation au GASM ? Non  Oui

⇒ Date de votre prochaine rencontre ou contact avec l'utilisateur (aa-mm-jj) : \_\_\_\_\_

⇒ L'utilisateur est connu de votre organisation depuis combien de temps? (aa-mm) : \_\_\_\_\_

Date de la demande (aa-mm-jj) \_\_\_\_\_ Signature de l'intervenant \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Aucune évaluation psychiatrique à des fins d'expertise médicale ou légale ne sera réalisée au GASM ou au M.E.L. (ex. : retour au travail, Assurance, SAAQ, aide sociale, etc.)

<sup>2</sup> Si l'état mental de l'utilisateur requiert une évaluation psychiatrique urgente (ex. : état psychotique aigu/crise suicidaire avec risque de passage à l'acte élevé), veuillez le diriger vers l'urgence psychiatrique. S'il s'agit plutôt d'une situation de crise psychosociale, avec ou sans la présence d'idées suicidaires ou d'autres symptômes psychiatriques, le diriger vers le service d'Accueil Évaluation Orientation (AEO) du CLSC et/ou vers le Centre de crise (hébergement et suivi de crise, soutien téléphonique 24/7).  
(voir les coordonnées à la page de présentation)

### Pour acheminer le formulaire de demande de service :

Télécopieur : 514 380-5515

Téléphone : 514 731-1386, poste 2281

Heures d'ouverture : 9 h à 17 h, du lundi au vendredi, incluant les jours fériés