

Offre de téléconsultation en Pédopsychiatrie

1.0 Description générale du service et clientèle

La clinique de Psychiatrie du CHU Sainte-Justine offre son expertise aux patients âgés entre 0 et 18 ans.

La clinique de Psychiatrie offre des services de consultations et d'expertise dans le domaine de la psychiatrie pour l'enfant et l'adolescent pour toute évaluation de situation complexe.

Soutien aux professionnels du réseau de la santé de 1^{ère} et 2^{nde} ligne

La clinique de Psychiatrie offre ses services de téléconsultations et soutien aux professionnels en mode électif uniquement.

Seuls les médecins pédiatres, généralistes ou psychiatres peuvent référer leurs patients pour une téléconsultation.

2.0 Processus de référence

1. Compléter le formulaire de référence et les questionnaires associés ci-joint

2. Envoyer tous les documents par télécopieur :
Clinique 0-5 ans : (514) 345-7766
Clinique 6-18 ans : (514) 345-4679

CHU Sainte-Justine
Services ambulatoires de pédopsychiatrie
3175, Côte Sainte-Catherine
Montréal, (Qc)
H3T 1C5
Téléphone : (514) 345-4864

3. Une pré-évaluation sera faite par les professionnels de la clinique de psychiatrie afin choisir la meilleure modalité pour répondre aux questions des référents.

4. La secrétaire médicale de notre clinique contacte les référents afin de leur donner l'heure du rendez-vous. Ces derniers en informeront le patient et sa famille.

3.0 Préparation à la téléconsultation

Information écrites à fournir avant le rendez-vous de la téléconsultation:

- Dossier médical du patient (historique, médicaments, rapports d'hospitalisations...)
- Résultats des tests antérieurs
- Rapports d'évaluation professionnelle complémentaire
- Bulletins scolaires

Préparation du studio de télésanté au centre distant:

- Prévoir un temps avant le début de la téléconsultation pour informer et préparer l'enfant et le parent du déroulement de la consultation.
- Le représentant légal, le médecin et/ou les intervenants de l'équipe de soin seront présents.
- Sauf avis contraire, les parents devront être présents le jour de la téléconsultation.

4.0 Durant la téléconsultation:

1. Le patient, et/ou le parent ou tuteur légal du patient, doit consentir à la téléconsultation et le consentement signé joint au dossier patient.
2. Le consultant se présentera au patient ainsi que toute personne présente dans le studio de téléconsultation et obtiendra l'autorisation du patient, et/ou du parent ou tuteur légal du patient, pour que ceux-ci observent

5.0 Après la Téléconsultation:

1. Si le médecin consultant prescrit des examens complémentaires dans le cadre de la prise en charge du patient, le centre référant est responsable d'organiser les tests nécessaires pour le patient et transmettre une copie des résultats au médecin consultant.
2. Le médecin consultant transmettra au médecin référant une note de consultation écrite avec ses recommandations concernant le plan de soins ainsi que les professionnels impliqués dans l'évaluation
3. Le patient, et/ou le parent ou tuteur légal du patient, sera informé si une visite de suivi est nécessaire et si celle-ci aura lieu par télésanté ou en personne.
4. Un rapport de téléconsultation est produit et archivé selon les procédures habituelles du dossier patient.
5. Les surfaces et équipement du studio de télésanté seront nettoyés en respectant les recommandations et prévention des infections.

SERVICES EXTERNES DE PÉDOPSYCHIATRIE 0-18 ANS

DEMANDE DE TÉLÉ-CONSULTATION

AVEZ-VOUS ADRESSÉ UNE REQUÊTE AUPRÈS DU CSSS DU PATIENT?: OUI NON

IL EST POSSIBLE QUE VOTRE REQUÊTE MÉDICALE NE SOIT PAS ADMISSIBLE DANS NOS SERVICES DE 2^{ÈME} ET 3^{ÈME} LIGNES EN SANTÉ MENTALE. VOTRE DEMANDE SERA ALORS ORIENTÉE VERS UNE RESSOURCE PLUS APPROPRIÉE ET VOUS EN SEREZ AVISÉ.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT / ADOLESCENT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ VILLE : _____

TÉL. PATIENT : DOMICILE _____ TRAVAIL : _____ CELL. : _____

TÉL. MÈRE : DOMICILE _____ TRAVAIL : _____ CELL. : _____

TÉL. PÈRE : DOMICILE _____ TRAVAIL : _____ CELL. : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ NO. RAMQ : _____ EXP. : _____

NOM DE LA MÈRE : _____ NOM DU PÈRE : _____

LES DEUX PARENTS SONT-ILS AVISÉ DE LA RÉFÉRENCE : OUI NON

SI PARENTS SÉPARÉS, GARDE LÉGALE : MÈRE : PÈRE : GARDE PARTAGÉE :
 PLACEMENT FAM. ACCUEIL ACCUEIL

2. IDENTIFICATION DU MÉDECIN (en lettres moulées s.v.p.)

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SPÉCIALITÉ : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE BUREAU _____ FAX _____ NO. PERMIS : _____

3. EXAMEN PHYSIQUE

L'EXAMEN PHYSIQUE ÉTAIT-IL DANS LES LIMITES DE LA NORMALE? OUI NON

- SI NON, VEUILLEZ PRÉCISER : _____
- Y A-T-IL EU BILAN SANGUIN OU TEST PARTICULIER? OUI NON
- SI OUI, LESQUELS : _____
- QUELS SONT LES RÉSULTATS? _____

4. LISTE DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES EN LIEN À VOTRE DEMANDE DE CONSULTATION

COMPORTEMENTS DANGEREUX OU À RISQUE : automutilation idées suicidaires propos de mort tentative de suicide

TROUBLES DU COMPORTEMENT : agressivité crises de colère impulsivité opposition

SYMPTÔMES DÉPRESSIFS : PRÉCISEZ : _____

SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES : PRÉCISEZ : _____

SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ : PRÉCISEZ : _____

INDICES D'UN DÉFICIT D'ATTENTION: AVEC HYPERACTIVITÉ DIFFICULTÉS FAMILIALES :

INDICES D'UN TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT : PRÉCISEZ : _____

DIFFICULTÉ DE SOCIALISATION: DIFFICULTÉS DE LANGAGE : DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE :

DIFFICULTÉS AU PLAN MOTEUR: DÉPENDANCE PRÉCISEZ : _____ PROBLÈMES DE SOMMEIL : D'ALIMENTATION :

PROBLÉMATIQUE D'ORDRE SEXUEL : PRÉCISEZ : _____

AUTRES : _____

DEMANDE DE TÉLÉ-CONSULTATION

MOTIF DE RÉFÉRENCE

ASSUREZ-VOUS DE BIEN REMPLIR LES 3 RUBRIQUES

DÉCRIRE L'EXAMEN MENTAL DU PATIENT :

IMPRESSION DIAGNOSTIQUE :

PRÉCISEZ VOS QUESTIONS EN LIEN À VOTRE DEMANDE D'ÉVALUATION:

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

PRÉCISEZ TOUT AUTRE PROBLÈME :

PHARMACOLOGIE :

MÉDICATION EN COURS :

MÉDICATION ANTÉRIEURE :

Y A-T-IL UN AUTRE SERVICE ET/OU ORGANISME IMPLIQUÉ :

SIGNATURE DU MÉDECIN :

NOM EN LETTRES MOULÉES :

DATE :

Faire parvenir ce formulaire de référence complété par fax à :
Télocopieur : Clinique 0-5 ans : (514) 345-7766
Clinique 6-18 ans : (514) 345-4679

CHU Sainte-Justine
Services ambulatoires de pédopsychiatrie
3175, Côte Sainte-Catherine
Montréal, (Qc) H3T 1C5
Téléphone : (514) 345-4864