

# Guide d'utilisation

## du formulaire de référence pour des soins et des services de proximité

au CIUSSS de la Capitale-Nationale

Le **formulaire de référence pour des soins et des services de proximité** est utilisé pour demander l'accès à des soins et des services de proximité offerts par le CIUSSS de la Capitale-Nationale (CIUSSSCN).

Ce formulaire permet de :

- Synthétiser l'essentiel des données connues sur **l'utilisateur**;
- Diriger une demande de soins ou de services vers les équipes d'accès intégré et harmonisé (AIH) du CIUSSSCN.

Ce formulaire peut être rempli par :

- Des partenaires sectoriels (ex. : GMF, organismes communautaires, pharmacies);
- Des partenaires intersectoriels (ex. : écoles, police, etc.);
- Des intervenants du CIUSSSCN.

### Utilisation du formulaire de référence pour des soins et des services de proximité

Le *formulaire de référence* peut être rempli par des intervenants (cliniques ou non) en contact avec une personne qui a besoin de soins ou de services de proximité offerts par le CIUSSSCN.

La personne qui remplit le formulaire (le référent) peut œuvrer dans différents milieux (GMF, à domicile, organismes communautaires, écoles, etc.), à titre de salarié, de bénévole ou de toute autre fonction.

Le *formulaire de référence* est rempli à partir de l'information que le référent connaît sur l'utilisateur. **Il n'est pas nécessaire de faire des recherches pour obtenir les renseignements manquants.** Toutefois, toute information connue en lien avec la demande doit y être inscrite. La quantité d'information à inscrire peut varier selon les situations.

Le *formulaire de référence* ne constitue pas une évaluation disciplinaire ni un acte réservé, mais bien une collecte d'information sommaire à des fins de référence seulement.

### *Formulaire de référence*

Pour simplifier la lecture, ce formulaire sera appelé ci-après «formulaire de référence».

### *Usager*

Afin de distinguer le rôle de chaque personne impliquée dans le processus, le terme «usager» désigne la personne pour qui des soins ou des services sont requis.

### *Référent*

Pour la même raison, le terme «référent» désigne la personne qui remplit le formulaire de référence.

### *Services de proximité*

«Des services de proximité sont un ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés prodigués sur un territoire donné, grâce à un partenariat avec les diverses parties prenantes (usagers, proches, communauté, organismes communautaires et acteurs intersectoriels). Ils s'insèrent dans la communauté afin d'être visibles et connus, maintenir un lien de confiance avec la population et assurer un accès optimal aux ressources de la communauté et du réseau de la santé et des services sociaux.»

*Définition tirée du Cadre de référence sur les services généraux de proximité et santé mentale, ministère de la Santé et des services sociaux, 2021.*

## Processus d'orientation

1. Après avoir rempli le *formulaire de référence*, le référent le transmet à l'équipe Accès concernée (clientèle francophone et allophone OU clientèle anglophone) selon les coordonnées inscrites au dos du formulaire.
2. Un intervenant de l'équipe Accès communique avec l'utilisateur ou son représentant. Habituellement cette étape se fait dans un délai visé de 72 heures ou moins. Lors de ce contact téléphonique, l'intervenant analyse la demande afin d'identifier le ou les besoins prioritaires de l'utilisateur.

L'identification du ou des besoins prioritaires résulte d'une prise de décision partagée entre l'intervenant et l'utilisateur. Ce dernier prend connaissance des différentes options possibles en regard des soins ou services qui peuvent lui être offerts, ainsi que des avantages et des inconvénients associés.

L'orientation convenue au terme de l'analyse du ou des besoins prioritaires s'appuie sur :

- L'offre de services des programmes du CIUSSSCN (aussi appelés évidences);
- Les offres de services des partenaires du réseau local de services.
- Les offres de service des partenaires privées (pharmacie, clinique privée, etc)

3. Une lettre est envoyée au référent pour l'informer de l'orientation convenue ou du refus de l'utilisateur de recevoir des services. Cette lettre contient le nom et le numéro de téléphone du programme ou du service où la personne a été orientée.
4. Il faut prévoir un délai entre l'orientation dans le programme du CIUSSS et une première intervention. Plusieurs facteurs peuvent faire varier ce délai (ex. : nombre de demandes, disponibilité des ressources, situation épidémiologique).

## Communication avec l'équipe Accès



**Le formulaire est la méthode à privilégier pour transmettre une demande à l'équipe Accès.**

Cela permet à l'équipe ACCÈS de prendre en compte l'information connue par le référent.

Actuellement, la seule méthode de transmission du formulaire demeure le télécopieur puisqu'il n'est pas autorisé de transmettre de l'information confidentielle par courriel hors d'un réseau sécurisé. Des démarches sont en cours pour trouver une solution alternative.



Il est possible de joindre l'équipe Accès lorsque le référent est dans l'impossibilité de remplir le formulaire ou qu'il y a nécessité d'une intervention rapide.

**Guide d'utilisation du  
Formulaire de référence pour des soins et des services de proximité**



**DEMANDE DE RÉFÉRENCE  
POUR DES SOINS ET DES SERVICES DE  
PROXIMITÉ**

**Renseignements obligatoires**

- Nom et prénom de la personne pour qui le service est requis  
*Ex. : si le service est requis pour un enfant, on indique son nom et non celui d'un de ses parents.*
- La date de naissance ou le numéro d'assurance maladie

**Renseignements facultatifs : à fournir autant que possible**

- Date de naissance ou numéro d'assurance maladie (n'ayant pas été fourni dans les renseignements obligatoires)
- Nom et prénom de la mère
- Nom et prénom du père
- Numéro de téléphone (avec mention « confidentiel » si une personne souhaite qu'il soit utilisé de manière confidentielle, c'est-à-dire qu'aucun indice de sa provenance ne soit détectable par une autre personne.)

Équipe d'intervention de la sécurité civile

**1- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE POUR QUI UN SERVICE EST REQUIS**

*Par exemple, si les services sont requis pour une personne âgée, il faut fournir les renseignements la concernant et non les coordonnées du proche aidant. L'information sur celui-ci peut être fournie à la section 6.*

Fournir tous les renseignements connus par le référent ou qu'il peut facilement obtenir auprès de l'usager ou de son représentant.

Adresse _____		<input type="checkbox"/> Sans domicile fixe (SDF)	Genre _____	
Ville _____	Province _____		Code postal _____	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre
Téléphone domicile _____		Cellulaire _____		Langue _____
Autorisation de laisser un message	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Jour	<input type="checkbox"/> Domicile	Préciser _____
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Cellulaire	
Interprète nécessaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Le besoin d'interprète gestuel en langue des signes québécoise (LSQ ou ASL) peut être indiqué ici.</b>				
Courriel _____				
Nom de la personne à joindre en cas d'urgence			Téléphone _____	
Parent, tuteur, curateur, représentant (lorsque requis) <b>Il est nécessaire d'indiquer cette information dans les situations suivantes :</b>			Téléphone _____	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mineur (moins de 14 ans)</li> <li>• Mineur (14 à 18 ans) dans le cas où le mineur refuse des soins urgents</li> <li>• Enfant ou adolescents placé sous la Loi de la protection de la jeunesse;</li> <li>• Représentant légal d'une personne sous tutelle ou curatelle ou pour qui un mandat d'incapacité est homologué.</li> </ul> <p>En cas de doute, communiquer avec l'équipe Accès (voir coordonnées à la fin de ce guide).</p>				

**Guide d'utilisation du  
Formulaire de référence pour des soins et des services de proximité**

**2- GROUPE D'ÂGE**

Indiquer l'âge de la personne pour qui le service est requis.

Ex. : Si l'utilisateur est un enfant, indiquer son groupe d'âge et non celui de ses parents. Si l'utilisateur est une personne âgée, indiquer le groupe d'âge « 65 ans et plus » et non celui de son proche aidant.

0-13 ans                       14-17 ans                       18-64 ans                       65 ans et plus

**3- ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE/PSYCHOLOGIQUE** (État de santé physique/psychologique (préciser le diagnostic et les conditions associées pertinentes))

Fournir l'information pertinente avec la demande de service : conditions de santé, situations problématiques, etc.

Fournir les renseignements en lien avec la demande de référence s'ils sont connus par le référent ou s'il peut facilement les obtenir auprès de la personne.

**4- FACTEUR(S) DE RISQUE OU CONTRIBUTIF(S)**

Fournir les renseignements en lien avec la demande de référence s'ils sont connus par le référent ou s'il peut facilement les obtenir auprès de l'utilisateur. Il est possible de cocher un seul item, plusieurs ou aucun.

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abus/négligence/maltraitance  | <input type="checkbox"/> Décrochage scolaire                                | <input type="checkbox"/> Fugue/risques de fugue             | <input type="checkbox"/> Problèmes de comportement                        |
| <input type="checkbox"/> Absence de réseau social/réseau inadéquat                               | <input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer                           | <input type="checkbox"/> Idéations suicidaires/homicidaires | <input type="checkbox"/> Réfugiés/immigrants                              |
| <input type="checkbox"/> Atteinte neurocognitive   | <input type="checkbox"/> Difficultés financières                            | <input type="checkbox"/> Implication de la DPJ              | <input type="checkbox"/> Risque d'hospitalisation                         |
| <input type="checkbox"/> Chute/risque de chute   | <input type="checkbox"/> Épuisement de l'aidant                             | <input type="checkbox"/> Insalubrité/encombrement           | <input type="checkbox"/> Rupture conjugale                                |
| <input type="checkbox"/> Dénutrition/perte de poids involontaire                                 | <input type="checkbox"/> Errance  | <input type="checkbox"/> Perte d'emploi                     | <input type="checkbox"/> Violence conjugale/familiale                     |
| <input type="checkbox"/> Détérioration imminente de l'état de santé/instabilité physique/mentale | <input type="checkbox"/> Dépendance/trouble d'utilisation de substances/jeu | <input type="checkbox"/> Polypharmacie                      | <input type="checkbox"/> Perte de milieu de vie/instabilité résidentielle |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :  |   |   |   |

**5- NATURE DU BESOIN OU DES BESOINS** (Observations, manifestations, besoins exprimés par l'utilisateur ou ses proches)

Définition de certains choix de réponse proposés :

- **Aigu/exacerbé** : situation présentant des symptômes intenses, des changements récents dans une situation qui amplifient une problématique ou qui augmentent la détresse de la personne ou de ses proches face à celle-ci.
- **Chronique** : situation présente au long cours qui persiste dans le temps.
- **Problème neurocognitif** : caractérisé par une perte des facultés mentales qui diminuent les capacités d'une personne à s'occuper d'elle-même de façon autonome.

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Problème de santé physique</b>      | <b>Problème neurocognitif</b>   | <b>Problème de santé mentale et dépendance</b> | <b>Problème psychosocial</b>            |
| <input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé | <input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé  | <input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé         | <input type="checkbox"/> Personnel      |
| <input type="checkbox"/> Chronique     | <input type="checkbox"/> Chronique  | <input type="checkbox"/> Chronique             | <input type="checkbox"/> Conjugal       |
|  | <input type="checkbox"/> Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) |  | <input type="checkbox"/> Familial       |
|  |   |  | <input type="checkbox"/> Social/travail |

Autre (préciser) \_\_\_\_\_

**Échelle de priorité clinique**                       1 à 3 jours                       4 à 14 jours                       15 à 30 jours                       31 jours et plus

Indiquez quelle vous jugez pertinente en fonction de la situation et des facteurs de risques que vous avez repérés. Le nombre de jours indique le délai pour obtenir un service (et non pour être évalué par l'équipe Accès). Le degré de priorité que vous proposez peut être révisé par l'équipe Accès.

À titre indicatif :

- 1 à 3 jours : Danger imminent pour l'intégrité, la santé (physique et mentale), la sécurité ou le maintien à domicile de la personne (ou de ses proches) à court terme.
- 4 à 14 jours : Présence de risque imminent ou à court terme, d'atteinte à l'intégrité, à la santé (physique ou mentale), la sécurité ou le maintien à domicile de la personne (ou de ses proches). Présence de plusieurs facteurs aggravants.
- 15 à 30 jours : Présence de quelques facteurs de risque de détérioration de la situation ou de l'état de santé (physique ou mentale).
- 31 jours ou plus : Présence de peu d'éléments de complexité, mais de quelques facteurs de risque. Situation plutôt stable qui présente tout de même un besoin d'intervention. Absence d'urgence.

**6- SOINS ET SERVICES SOUHAITÉS ET COMPLÉMENTS D'INFORMATION**

**Soins et services souhaités :** À remplir si le référent ou l'utilisateur croit qu'un certain type de soins ou de services pourrait répondre aux besoins ou à la situation.

- Le référent précise si la suggestion provient de lui-même, ou de l'utilisateur ou d'un de ses proches.
- Cette suggestion est considérée dans l'analyse du ou des besoins prioritaires par l'intervenant de l'équipe Accès. Toutefois, l'évaluation pourrait mener à une orientation ou à une référence différente de celle envisagée initialement.

**Compléments d'information**

Il est aussi possible dans cette section de :

- Préciser des éléments sur la nature du besoin de la personne s'il y a lieu (en complément de la section 5);
- Fournir de l'information sur les suivis en cours (ex. : psychothérapie, DPJ, soutien à domicile);
- Demander de contacter un proche aidant plutôt que l'utilisateur lui-même et fournir les coordonnées de ce proche (ex. : *le fils ou la fille d'une personne âgée ayant des troubles cognitifs*).

**7- PROFIL PHARMACOLOGIQUE ET ALLERGIE(S)**

Fournir les renseignements en lien avec la demande de référence s'ils sont connus par le référent ou s'il peut facilement les obtenir auprès de l'utilisateur. Il est possible d'énumérer la médication ici (si elle contient peu d'éléments) ou de joindre la liste des médicaments.

Voir le profil de pharmacologie joint à la présente demande

Ou énumérer :

Coordonnées de la pharmacie principale

Téléphone

Allergie(s) (médicament – aliment – environnement)

Aucune

Préciser :

**8- COORDONNÉES DU MÉDECIN DE FAMILLE**

Sans médecin de famille

Fournir les renseignements s'ils sont connus par le référent ou s'il peut facilement les obtenir auprès de l'utilisateur.

Nom du médecin

N° de permis

Nom de la clinique/bureau de consultation

Téléphone

Télécopieur

Courriel (facultatif)

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj Médecin

**Guide d'utilisation du  
Formulaire de référence pour des soins et des services de proximité**

9- COORDONNÉES DU RÉFÉRENT (si différent du médecin de famille ou sans médecin de famille)	
<b>SECTION OBLIGATOIRE</b>	
Nom	Fonction
Nom de l'organisme/clinique	Adresse
Téléphone	Télécopieur
Courriel (facultatif)	
Date _____ aaaa/mm/jj	Signature _____ Réfèrent

10- CONSENTEMENT	
<b>Légalement, les services ne peuvent être fournis sans un consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal. Ces questions servent à rappeler cette OBLIGATION avant l'envoi du formulaire à l'Équipe Accès</b>	
L'utilisateur ou son parent/tuteur/curateur/représentant (14 ans et moins) est informé de la demande.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'utilisateur autorise la transmission d'information au CIUSSS de la Capitale-Nationale dans le cadre de cette demande de référence.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

11- DOCUMENTS JOINTS			
<input type="checkbox"/> Rapports médicaux	<input type="checkbox"/> Rapports professionnels	<input type="checkbox"/> Fiche sommaire médicale	<input type="checkbox"/> Rapports d'examen (laboratoire, radiographie, etc.)
<input type="checkbox"/> Résumé du dossier	<input type="checkbox"/> Profil pharmacologique	<input type="checkbox"/> Autre (préciser)	

Coordonnées pour transmettre la demande au CIUSSS de la Capitale-Nationale	
<p>Le soutien aux référents fait partie de l'offre de service des équipes Accès. Les intervenants peuvent fournir de l'information sur le processus de référence ou d'orientation. Ils peuvent aussi aider un référent à remplir le formulaire.</p>	
<input type="checkbox"/> Équipe Accès <b>pour les francophones et les allophones</b> <b>Télécopieur : 418 577-8975</b> Pour besoin de soutien : 418 651-3888	<input type="checkbox"/> Clientèle anglophone Équipe Accès bilingue <b>Télécopieur : 418 681-9265</b> Pour besoin de soutien : 418 684-5333, poste 1580
<p>Actuellement, la seule méthode de transmission du formulaire demeure le télécopieur puisqu'il n'est pas autorisé de transmettre de l'information confidentielle par courriel hors d'un réseau sécurisé.</p> <p>Des démarches sont en cours pour trouver une solution alternative.</p>	