



Reservé pour code à barre /
Reserved for bar code

CLINIQUE DE PSYCHOPHARMACOLOGIE
Psychopharmacology Clinic

Demande de consultation
Consultation request

HME DOSSIER / MCH FILE #:		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NOM / LAST NAME:		
Prénom / First Name:		
Date de naissance / Date of Birth:		

1. Médecin référant / <i>Referring physician</i>	2. Coordonnées du patient / <i>Patient coordinates</i>
Nom/Name :	Adresse/Address :
Spécialité/Specialty :	
No. de permis/Licence :	
Adresse/Address :	Tel No.:
	E-Mail :
Tel No.:	
Télécopieur/Fax :	
<input type="checkbox"/> Communauté/Community <input type="checkbox"/> Urgence HME/MCH ER <input type="checkbox"/> Clinique/Service HME/MCH Clinic/Service <input type="checkbox"/> Psychiatrie HME/MCH Psychiatry	Garde légale/Legal custody : <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Mère/Mother <input type="checkbox"/> Père/Father <input type="checkbox"/> Famille d'accueil / Foster home <input type="checkbox"/> Foyer groupe / Group Home <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez)/Other (specify) :

2. Motif de la consultation / <i>Presenting Problem</i>
• Médication actuelle/antérieure / <i>Current/Past Medications</i> :

3. Examen physique / <i>Physical exam</i>
L'examen physique était-il dans les limites de la normale? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Was the physical exam within normal limits? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></i>
-Si non, veuillez préciser : <i>-If not, please describe :</i>
-Y a-t-il eu bilan sanguin ou autre test particulier? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lequel? <i>-Were blood tests or other tests done? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, specify :</i>
-Quels ont été les résultats? <i>-What were the results ?</i>

4. Diagnostic / Symptômes actuels <i>Diagnosis/Current symptoms</i>	
Diagnostics / <i>Diagnoses</i> (veuillez indiquer où, par qui et quand / <i>please state where, by whom and when</i>):	
Svp cochez tous les symptômes qui s'appliquent au cas du patient / <i>please check the symptoms that apply to the patient.</i>	
Autisme/Trouble envahissant du développement / <i>Autism/Pervasive Developmental Disorder</i>	Comportement sexuel inapproprié/ <i>Inappropriate sexual behaviour</i>
Convulsions, épilepsie / <i>Convulsions, seizures</i>	Troubles de l'humeur / <i>Mood disorders</i>
Problèmes de sommeil / <i>Sleep problems</i>	Troubles d'apprentissage / <i>Learning Disorders</i>
Troubles alimentaires / <i>Feeding disorders</i>	Mutisme / <i>Mutism</i>
Obsessions, compulsions, rituels / <i>Obsessions, compulsions, rituals</i>	Plaintes somatiques / <i>Somatic complaints</i>
Hyperactivité, impulsivité, problèmes de concentration / <i>Hyperactivity, Impulsivity, Concentration problems</i>	Retard global du développement, Déficience intellectuelle / <i>Global Developmental Delay, Mental retardation</i>
Anxiété, peurs, phobies / <i>Anxiety, fears, phobias</i>	Tics
Trouble de comportement (agressivité, fugues, opposition, vols, mensonges, pyromanie) / <i>Behavior problems (agressivity, opposition, running away, lying, stealing)</i>	Comportements dangereux ou à risque (automutilation, idées suicidaires, propos de mort, tentatives de suicide) / <i>Dangerous or risky behaviour (self-mutilation, suicidal ideation, suicide attempts, talking of death)</i>
Dépression / <i>Depression</i>	Crises de colère / <i>Temper tantrums</i>
Autre symptômes (spécifiez) / <i>Other symptoms (specify)</i> :	
5. Renseignements supplémentaires (patient/famille) / <i>Additional information (patient/family)</i>	
• Est-ce que la DPJ est impliquée ou l'a déjà été auprès de cette famille / <i>Is DYP currently involved with this family or has been involved in the past?</i>	
• Existe-t-il des antécédents médicaux et/ou psychiatriques chez le patient ou sa famille / <i>Is there a medical and/or psychiatric history related to the patient or his/her family?</i>	
• Y-a-t-il d'autres services/organismes impliqués auprès du patient / de la famille (veuillez s.v.p. fournir le nom et les coordonnées de la personne à contacter)? / <i>Are any other services or agencies involved with the patient/the family? (please provide name and coordinates of contact person):</i>	

SIGNATURE : _____

Médecin/Physician

DATE : _____

Veuillez joindre tout document jugé pertinent à l'étude de cette demande et envoyez le tout à /
Please attach all pertinent documentation to the study of this request and send them to:

Clinique de psychopharmacologie/Psychopharmacology Clinic
Hôpital de Montreal pour enfants/Montreal Children's Hospital
1001, Boul. Décarie, Montréal, QC H4A 3J1

Téléphone: (514) 412-4496 Télécopieur: (514) 412-4136 Courriel: bdhci@muhc.mcgill.ca