



**Clinique de variance de genre
Formulaire de demande de consultation**

1001, boul. Décarie, Bureau A04-3140, Montréal, Québec, H4A 3J1
Tél.: (514) 412-4496 Téléc.: (514) 412- 4136
Courriel: bdbci@muhc.mcgill.ca

Informations du patient (en lettres moulées) :

Date de naissance (aaaa/mm/jj) :		No dossier HME :
		RAMQ :
Nom de famille, Prénom		
Adresse	Ville, Province	Code postal
Numéro de téléphone		Autre numéro de téléphone
Courriel	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais Autre: _____ <input type="checkbox"/> Besoin d'un interprète	

Date de la demande de consultation (aaaa/mm/jj):

SVP fournir les informations suivantes: NB si le jeune ne répond pas aux critères suivants, veuillez réacheminer la demande au CIUSSS / CISSS du secteur de résidence de la famille

Demeure dans l'un des secteurs du RUISSS de McGill: Nunavik , Outaouais , Territoire Crie, Centre-Ouest de Montréal et l'Ouest de Montréal, Nord du Québec , Montérégie-Ouest , Abitibi-Témiscamingue

OU / ET

Est suivi, sur une base régulière, par une équipe de soins tertiaires de l'HME (ex. Neurologie, Psychiatrie, Oncologie, etc.) Préciser : _____

Veillez décrire les motifs de la consultation:

.....
.....
.....

Veillez fournir tout renseignement supplémentaire sur un feuillet séparé.

Veillez préciser ce qui suit (NB : pour les enfants de moins de 8 ans, veuillez rediriger la demande vers le CIUSSS/CISSS/Centre hospitalier du secteur de résidence du patient, ex. CH Ste-Justine, CHUL, CHUS):

Jeune âgé de **0 à 13 ans**

Jeune âgé de **14 ans et plus** autorise la clinique à contacter le parent/tuteur au sujet de la demande de consultation et le rendez-vous
 n'autorise pas la clinique à contacter le parent/tuteur. Veuillez fournir les coordonnées du patient :
No. de cellulaire (____) ____ - _____ Adresse courriel: _____

Prénom & pronoms préférés par le patient, s'il y a lieu _____

Veuillez préciser si le patient a un/des diagnostic(s), une/des condition(s) médicale(s) et/ou traverse une situation psychosociale complexe (ex. implication de la DPJ): _____

Médication actuelle, s'il y a lieu : _____

Veillez indiquer si le jeune est sur la liste d'attente ou est actuellement suivi par les services communautaires suivants : (veillez préciser le nom, les coordonnées et fournir les rapports d'évaluation /intervention, le cas échéant) :

Direction de la protection de la jeunesse (ex. DPJ, BATSHAW) : _____

CRDI-TSA (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et Trouble du spectre de l'autisme), Préciser : _____

CLSC / CISSS / CIUSSS (ex. travailleur social, équipe de santé mentale, sexologue, psychoéducateur, thérapie, etc.) Préciser : _____

Pédopsychiatrie (ex. Centre hospitalier, services privés, etc.) Préciser et fournir des rapports, le cas échéant : _____

Référent:

Nom du médecin référent ou infirmier(e) praticien(ne) (en lettres moulées) : _____ No. de licence: _____

Adresse: _____

No. de téléphone: _____ No. de télécopieur: _____

Nom du médecin traitant ou pédiatre (si différent): _____

LES PARENTS ET LE PATIENT, OU LE PATIENT ÂGÉ DE 14 ANS ET PLUS, ONT ÉTÉ INFORMÉS ET ACCEPTENT CETTE DEMANDE DE CONSULTATION

Signature du professionnel référent: