



DEMANDE DE CONSULTATION EN ONCOLOGIE
PSYCHOSOCIALE ET SPIRITUELLE

| | |
|---|---|
| Priorité clinique <input type="checkbox"/> Élevée <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Faible Ce formulaire n'est pas approprié pour une situation d'urgence ou de crise; veuillez utiliser les trajectoires prévues à cet effet. | |
| Usager | |
| <input type="checkbox"/> Externe | <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Hôtellerie Date de départ si connue : _____ aaaa/mm/jj |
| Diagnostic | |
| Type de cancer : _____ Stade : <input type="checkbox"/> Localisé <input type="checkbox"/> Loco-régional <input type="checkbox"/> Métastatique <input type="checkbox"/> Fin de vie | |
| Veuillez faire parvenir votre demande par télécopieur au 418 691-5019 ou par courriel à l'adresse psycho-onco@chudequebec.ca Lorsque pertinent, veuillez joindre une copie de l'outil de dépistage de la détresse (ODD) Pour toute question, téléphonez au 418 525-4444 poste 15808 | |
| Motifs de consultation | |
| Travailleur social | |
| 1 <input type="checkbox"/> Difficulté d'adaptation psychosociale liée à l'expérience de la maladie et des traitements chez la personne atteinte et ses proches 2 <input type="checkbox"/> Difficulté familiale liée à la maladie ou à l'annonce de mauvaises nouvelles 3 <input type="checkbox"/> Accompagnement de l'usager et ses proches en contexte de fin de vie ou d'aide médicale à mourir 4 <input type="checkbox"/> Besoin de protection/défense des droits de l'usager ou de ses proches (ex. : personnes vulnérables, risque d'abus, de violence ou de négligence) 5 <input type="checkbox"/> Besoin d'information, de référence ou d'accompagnement vers les ressources communautaires et gouvernementales 6 <input type="checkbox"/> Problèmes liés au retour à domicile ou à l'hébergement | |
| Psychologue | |
| 7 <input type="checkbox"/> Détresse psychologique significative en lien avec la condition médicale, qui nécessite une intervention au-delà du soutien et des informations transmises 8 <input type="checkbox"/> Difficulté d'adaptation soutenue dans la trajectoire de soins 9 <input type="checkbox"/> Précision d'un diagnostic d'un trouble mental 10 <input type="checkbox"/> Difficulté d'adaptation à des symptômes physiques persistants 11 <input type="checkbox"/> Présence d'un trouble mental préexistant ayant un impact significatif sur l'adaptation à la maladie 12 <input type="checkbox"/> Difficulté persistante dans la prise de décision et dans l'adhésion au traitement | |
| Psychiatre et Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM) | |
| 13 <input type="checkbox"/> Présence d'un trouble mental nécessitant un suivi conjoint 14 <input type="checkbox"/> Présence de confusion, d'idées délirantes ou d'hallucinations 15 <input type="checkbox"/> Évaluation d'une intervention psychopharmacologique en raison de l'intensité des symptômes 16 <input type="checkbox"/> Prise de médication ayant des effets neuropsychiatriques suspectés ou altérant le fonctionnement 17 <input type="checkbox"/> Réévaluation de la prise de psychotropes 18 <input type="checkbox"/> Évaluation de l'aptitude à accepter ou à refuser des traitements ou des soins et aptitude à signer des papiers légaux 19 <input type="checkbox"/> Évaluation de l'état mental de l'usager qui formule une demande d'aide médicale à mourir ou d'arrêt de traitements 20 <input type="checkbox"/> Nécessité de coordonner un plan de soins pour une problématique complexe relevant d'un trouble mental | |

()

Nom :

Prénom :

Dossier :

Intervenant en soins spirituels

- 21 Besoin d'accompagnement spirituel ou religieux pour l'utilisateur et ses proches
- 22 Questions sur le sens de la maladie
- 23 Besoin de faire la paix avec soi, avec les autres, avec son Dieu
- 24 Perte d'espoir, peur face à l'avenir ou à la mort
- 25 Besoin de soutien dans une pratique spirituelle adaptée aux croyances : méditation, prière, rituel
- 26 Questions morales ou éthiques face aux traitements ou à l'aide médicale à mourir

Sexologie

- 27 Évaluation d'un trouble sexuel induit par le cancer et ses traitements
- 28 Difficulté ou préoccupation ayant des impacts sur la sexualité et l'intimité
- 29 Difficulté relationnelle ou de couple ayant un impact sur la sexualité et l'intimité
- 30 Difficulté d'adaptation à une image de soi altérée par le cancer et ses traitements qui affectent la sexualité et l'intimité
- 31 Besoin d'information générale et ponctuelle sur la sexualité et l'intimité en lien avec les impacts du cancer et ses traitements

Coordonnées du référent

Nom du référent (en lettres moulées) : _____ Date : _____ / _____ / _____
aaaa mm jj

Profession : _____

Numéro de permis : _____

Signature : _____

La demande de suivi a été exprimée par l'utilisateur
 Notez que vous devez tout de même sélectionner le motif de consultation lié au besoin exprimé

Commentaires et précisions :

**Section réservée à l'usage exclusif des membres de l'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle
Ergothérapeute en santé mentale**

- 32 Difficulté à reprendre un fonctionnement satisfaisant et à s'engager dans ses occupations en lien avec les symptômes psychologiques reliés à la maladie ou à ses traitements
- 33 Besoin d'une évaluation des habiletés fonctionnelles chez une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique diagnostiqué
- 34 Appréciation de l'impact de difficultés cognitives sur le fonctionnement
- 35 Besoin d'intervention axée sur les occupations en raison d'un potentiel ou d'un intérêt limité pour s'engager dans une psychothérapie
- 36 Difficulté associée au retour au travail
- 37 Besoin d'intervention occupationnelle en raison d'une difficulté à composer avec une hospitalisation prolongée

()