

## Institut Philippe-Pinel de Montréal

### Programmes

- Troubles graves et persistants-Réadaptation (A-1; A-2, B-1, B-2)
- Admission/Réadmission/Expertise (C-1; C-2)
- Traitement (D-1; D-2, E-1, E-2)
- Soins psychiatriques-femmes fédéral (F-1)
- Évaluation et traitement pour Adolescents (F-2)
- Transition (H-2)
- Expertise (H-3, H-4)
- Hospitalisation 1 jr *Délinquant dangereux ou à contrôler*
- Services centres de détention

## Services externes

### Programmes

- Réseau (RS)
- Adultes présentant une déviance sexuelle (ASA)
- Ado. auteurs de transgression sexuelle (ADO)
- Transition-réadaptation (TE)
- Clinique Réseau jeunesse (RJ)
- Clinique d'évaluation du risque de violence

*\* champ obligatoire*

<b>1 Provenance de la demande</b>				<input type="checkbox"/> Contrat	Durée	
Organisme demandeur *						
Nom du demandeur		Si médecin, préciser		<input type="checkbox"/> Omni.	<input type="checkbox"/> Pédopsy.	
				<input type="checkbox"/> Psychiatre	<input type="checkbox"/> Pédiatre	
Adresse			Téléphone			
Ville		Code postal		Télécopie		
Notes						
Organisme de liaison (s'il y a lieu)			Téléphone			
Nom de la personne de liaison			Télécopie			
<b>2 Service requis *</b>						
<input type="checkbox"/> Expertise psychiatrique		<input type="checkbox"/> Expertise psychiatrique assujettissement Cour adulte				
<input type="checkbox"/> Expertise aptitude à comparaître		<input type="checkbox"/> Évaluation psychiatrique				
<input type="checkbox"/> Ordonnance de traitement (672,58)		<input type="checkbox"/> Évaluation aux fins de traitement				
<input type="checkbox"/> Ordonnance de traitement (672,58 + responsabilité)		<input type="checkbox"/> Évaluation immigration				
<input type="checkbox"/> Expertise responsabilité criminelle		<input type="checkbox"/> Évaluation en vue d'hospitalisation				
<input type="checkbox"/> Expertise aptitude et responsabilité criminelle		<input type="checkbox"/> Consultation				
<input type="checkbox"/> Expertise délinquant dangereux ou à contrôler		<input type="checkbox"/> Traitement				
<input type="checkbox"/> Expertise psychiatrique présentencielle		<input type="checkbox"/> Autres (préciser)				
<input type="checkbox"/> Expertise psychiatrique prédécisionnelle (adolescents)						
<b>Type d'épisode</b>		<input type="checkbox"/> Admission		<input type="checkbox"/> Inscription SI		<input checked="" type="checkbox"/> Inscription SE
<b>3 Identification</b>						
Nom*		Prénom*			Dossier :	
DDN *		NAM		Expiration		Sexe* : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom de fille de la mère*			Prénom*			
Langue parlée		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Autres langues		
<b>4 Données sociodémographiques</b>						
Lieu d'hébergement (s'il y a lieu)						
Adresse			Téléphone résidence			
Ville			Téléphone travail			
Code postal			Cellulaire			
			Téléphone autre (préciser)			
État civil		<input type="checkbox"/> Célibataire		<input type="checkbox"/> Marié		<input type="checkbox"/> Veuf
		<input type="checkbox"/> Union libre		<input type="checkbox"/> Séparé		<input type="checkbox"/> Divorcé
Statut à l'immigration						



**5 Volet légal**

**Statut légal \***

Sans charge ni mandat

Inapte  OCE  Détenue  Avec modalités  
 NRC  CH :  Libération  Délégation

Prévenu  Prévenu non détenu

Détenu provincial  Spécifier \_\_\_\_\_ Échéance \_\_\_\_\_

Détenu fédéral  Spécifier \_\_\_\_\_ SED \_\_\_\_\_ Échéance \_\_\_\_\_

Sursis  Échéance \_\_\_\_\_  Probation  Avec suivi  Échéance \_\_\_\_\_  
 Sans suivi  Échéance \_\_\_\_\_

LPJ  LSJPA  LSSSS  Hébergement  Échéance \_\_\_\_\_

Curatelle  Publique  Biens  Personne  Autres  
 Tutelle  Privée

Ordonnance d'évaluation psychiatrique

Garde préventive  Date \_\_\_\_\_

Garde provisoire  Date \_\_\_\_\_ Nbre de jours \_\_\_\_\_

Garde en établissement  Date \_\_\_\_\_ Nbre de jours \_\_\_\_\_

Ordonnance traitement contre gré  Échéance \_\_\_\_\_  Ordonnance d'hébergement  Échéance \_\_\_\_\_

Immigration  Spécifier \_\_\_\_\_

Autres \_\_\_\_\_

Informations judiciaires		P	Principal	S	Secondaire		
P	S	N° cause	Délit / Accusation		Cour	Date comparution	

**6 Données cliniques**

Identification

Motif de référence

Dx

Rx

**7 Particularités physiques et Informations supplémentaires**

Remplie par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT DE LA DEMANDE**

**8 Décision** <sup>1</sup> Si visioconférence, remplir le formulaire Télésanté

En attente  Acceptée  Annulée  Refusée  Date \_\_\_\_\_

Date du rendez-vous \_\_\_\_\_  SE RDC  Visioconférence<sup>1</sup>  
 SE 1<sup>er</sup> étage  Dans le milieu Médecin \_\_\_\_\_

