



MOCLI60509

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

FICHE DE LIAISON SERVICES SPÉCIALISÉS EN DÉPENDANCE

Consignes : Pour l'ensemble des références, compléter les sections 1 et 2 puis s'assurer de faire suivre le document à l'infirmière de liaison en dépendance. Pour les références aux services de **gestion de sevrage en hébergement**, le médecin doit compléter la section-3 **avant le congé** afin d'attester la stabilité de l'usager.

☐ L'usager a donné son consentement verbal pour être référé à un intervenant des services spécialisés en dépendance.

SECTION 1 - MOTIF DE RÉFÉRENCE ET ÉTAT DE SANTÉ (Réservée au médecin)

Motif de référence : _____

Date et heure de la dernière consommation : _____

Substance(s) consommée(s) : _____

Complications médicales et de sevrage durant le séjour hospitalier : ☐ Convulsions ☐ Délirium tremens
☐ Soins intensifs ☐ Syndrome de Gayet-Wernicke

☐ Autre(s) : _____

Allergies : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Commentaires : _____

Signature du médecin : _____ # permis : _____ Date : _____

SECTION 2 - ADMISSION ET ORIENTATION

(Réservée à l'infirmière de liaison ou à l'intervenant passerelle des services spécialisés en dépendance)

Date de l'admission en centre hospitalier ou de l'inscription à l'urgence : _____

☐ Hôpital Anna-Laberge ☐ Hôpital du Haut-Richelieu
☐ Hôpital du Suroît ☐ Hôpital Honoré-Mercier
☐ Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) ☐ Hôpital Hôtel-Dieu-de-Sorel
☐ Hôpital Charles-LeMoine ☐ Hôpital Pierre-Boucher
☐ Autre : _____

Orientation par l'infirmière de liaison ou par l'intervenant passerelle des équipes spécialisés en dépendance

☐ Services externes dépendance ☐ Services ambulatoires de gestion de sevrage d'alcool
☐ Services gestion de sevrage avec hébergement

Signature et titre : _____ Date : _____

SECTION 3 - RÉÉVALUATION MÉDICALE ET ORDONNANCES (Réservée au médecin)

L'admission en services de gestion de sevrage avec hébergement nécessite un congé médical et une stabilité dans l'état physique et mental de l'usager.

→ Pour des raisons de sécurité, aucun arrêt n'est autorisé durant le transfert inter ou intra établissement

Réévaluation médicale au congé

Exigences requises pour l'admission en gestion de sevrage avec hébergement – 24 à 36 heures avant le congé :

- ☐ Usager stable et sevrage contrôlé par le traitement actuel
- ☐ Usager autonome dans ses AVQ/AVD
- ☐ Usager ne présente aucun risque de chute

SECTION 3 - RÉÉVALUATION MÉDICALE ET ORDONNANCES *(Réservée au médecin)***Ordonnances au congé**

Ordonnances nécessaires au transfert de l'usager :

- ☐ Ordonnance médication usuelle
☐ Ordonnance de sevrage
☐ Ordonnance de maintien de l'abstinence
☐ Ordonnance du traitement par agoniste opioïdes (TAO)

Médication au congé

- ☐ Prévoir la médication pour 24 heures qui sera remise à l'usager au départ vers les services de gestion de sevrage avec hébergement
 → *Aucune médication contrôlée ne doit être remise à l'usager*

Commentaires: _____

Signature du médecin : _____ # permis : _____ Date : _____

SECTION 4 - DOCUMENTS À TRANSFÉRER GESTION DE SEVRAGE AVEC HÉBERGEMENT AU CONGÉ*(Réservée à l'infirmière de liaison)***Documents à acheminer par agente administrative du centre hospitalier**

- | | |
|--|---|
| ☐ Feuille sommaire (AH-109) | ☐ Bilan comparatif des médicaments (BCM) |
| ☐ Dernière note médicale | ☐ FADM dernières 48 heures |
| ☐ Consultation professionnelle / médicale | ☐ Ordonnance médication usuelle |
| ☐ Autorisation de communiquer des renseignements (AH-216) | ☐ Ordonnance de sevrage |
| ☐ Niveau de soins et RCR (AH-744) <i>(facultatif)</i> | ☐ Ordonnance de maintien de l'abstinence |
| ☐ Paramètres fondamentaux (AH-261) | ☐ Ordonnance TAO |
| ☐ Grille/évaluation du risque suicidaire / Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire | |
| ☐ Grille de sevrage : ☐ CIWA-Modifiée ☐ CIWA-Ar ☐ COWS | |

COORDONNÉES

- ☐ **SERVICES DE GESTION DE SEVRAGE AVEC HÉBERGEMENT ET EN AMBULATOIRE**

St-Philippe

Télécopieur : 450-659-7173

- ☐ **SERVICES EXTERNES DU CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE**

Site : _____

Télécopieur : _____

Signature et titre : _____ Date : _____