



FORMULAIRE D'AIGUILLAGE VERS LA CLINIQUE DU GENRE DE CHEO

Nous sommes ravis de travailler en collaboration avec votre patient. Voici quelques points importants à connaître:

- Nous n'acceptons que des patients pubères âgés de moins de 16,5 ans en Ontario et au Nunavut. Si vous souhaitez discuter d'un cas particulier, veuillez appeler notre équipe au 613-737-7600, poste 3912.
- Les patients se verront d'abord proposer un rendez-vous d'accueil avec un travailleur social. Ce rendez-vous a pour but de soutenir le jeune et sa famille, en leur offrant des conseils sur les prochaines étapes possibles à suivre et en communiquant les ressources disponibles.
- Nous ne sommes pas une clinique de santé mentale. Nous ne pouvons pas répondre aux crises de santé mentale.

LES RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES SONT FRAPPÉS D'UN * – S'ILS NE SONT PAS SAISIS, L'AIGUILLAGE PEUT RESTER EN VAIN.

Date de l'aiguillage: _____ (AAAA/MM/JJ)

Médecin ou infirmière praticienne orienteur: _____

Numéro de téléphone du médecin ou de l'infirmière praticienne orienteur: _____

Télécopieur: _____

*Avec qui devons-nous communiquer pour les rendez-vous? Tuteur Jeune Autre: _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT OU LE JEUNE :

*Prénom légal: _____ *Nom de famille légal: _____

Nom choisi (privilegié): _____ *Date de naissance : _____

Identité de genre: Homme Femme Non-binaire En questionnement Autre _____

Pronoms: _____ Peut-on utiliser le nom et les pronoms préférés devant les parents? _____

*Sexe attribué à la naissance: Masculin Féminin

*Régime d'assurance-maladie de l'Ontario: _____

Numéro du téléphone cellulaire du jeune: _____

Adresse courriel du jeune†: _____

*Adresse domiciliaire du jeune: _____

Le jeune vit-il en dehors de son domicile? (Fournir des détails/préciser l'adresse)

État de la puberté : Cette information nous permet d'effectuer le triage – toute information fournie est utile.

Affecté au sexe féminin à la naissance : croissance mammaire: Oui Non

Menstruation? _____ Si oui, pendant combien de temps? _____

Affecté au sexe masculin à la naissance : croissance des testicules/du pénis: Oui Non

Mue de la voix: Oui Non

Stade du développement pubertaire de Tanner: _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE :

*Les parents ou les tuteurs sont-ils au courant de l'aiguillage? Oui Non

Les parents soutiennent-ils l'enfant? Oui Non

Remarque : Les jeunes ne veulent pas toujours que leurs parents ou leurs tuteurs soient informés de leurs visites à notre clinique.

Nom du ou des parents ou du ou des tuteurs: _____

*Numéro de téléphone du parent ou du tuteur: _____

Est-il correct de laisser un message? Oui Non

Adresse courriel du parent ou du tuteur : _____

Cet enfant ou ce jeune participe-t-il à la Société de l'aide à l'enfance (SAE)? Oui Non

Si oui, nom du travailleur: _____

Numéro de téléphone: _____

Un interprète est-il nécessaire? _____ Si ou, dans quelle langue?: _____

Raison de l'aiguillage : *Veillez fournir autant de détails que possible – Inclure les objectifs de transition*

Veillez remplir le formulaire C5 et le TÉLÉCOPIER à la Clinique de santé des adolescents de CHEO – Numéro de télécopieur **613-738-4258**

IMPORTANT : Veillez joindre tous les rapports pertinents à l'aiguillage. Nous composerons le numéro de téléphone préféré du jeune directement avec l'heure du rendez-vous.

****Les demandes d'aiguillage INCOMPLÈTES seront retournées.****