

**Procédure pour l'évaluation pour les usagers sur le Guichet d'Accès à un Médecin de Famille (GAMF) par un professionnel de la santé**

Veillez suivre les étapes suivantes :

1. Le professionnel de la santé du CIUSSS Centre-Sud complète le présent formulaire avec les explications nécessaires
2. Le formulaire doit être enregistré comme suit : « GAMF\_ABCD21147865 » (numéro assurance maladie)
3. Le formulaire doit être transmis par courriel à l'adresse GACO : [gamf.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gamf.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)

**Formulaire d'évaluation GAMF**

<b>Nom, Prénom (obligatoire)</b>	<b>Tél</b>		
<b>Numéro d'assurance maladie (obligatoire)</b>			
<b>Code postal (obligatoire)</b>		<b>Date</b>	2023-08-16
<input type="checkbox"/> Besoins complexes nécessitant des soins à domicile <input type="checkbox"/> Cancer actif <input type="checkbox"/> Douleur chronique qui persiste depuis plus de six (6) mois, liée à une condition chronique et provoquant une incapacité fonctionnelle ou nécessitant la prise en continue d'une médication sur ordonnance lui permettant d'être fonctionnel <input type="checkbox"/> Embolie ou FA récentes nécessitant anticoagulation et suivi du RNI <input type="checkbox"/> État psychotique <input type="checkbox"/> Hospitalisation au cours du dernier mois pour un problème chronique ou pour un problème aigu nécessitant un suivi rapide <input type="checkbox"/> Idées suicidaires ou d'homicides <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Toxicomanie ou dépendance active <input type="checkbox"/> Trouble dépressif, d'adaptation ou anxieux majeur et actif <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Problème chronique ou qui revient périodiquement selon la déclaration du patient			
<b>Justifiez les cases cochées</b>			
<b>Notes complémentaires</b>			
<b>Professionnel de la santé</b>			
	Nom, titre	Coordonnées	

\*Consentement verbale de l'usager obtenu pour la transmission d'information au GAMF en vu de la priorisation et de l'inscription Oui  
Non

## INTERPRÉTATION DES CRITÈRES DE PRIORISATION

### Besoins complexes nécessitant des soins à domicile

- Le patient est pris en charge par SAPA
- Le patient devrait être pris en charge par SAPA (référez aussi au guichet SAPA<sup>1</sup>)
- Justification : indiquez si le patient a des besoins médicaux ou non-médicaux

### Cancer actif

- Tous types de cancers actifs

### Douleur chronique qui persiste depuis plus de six (6) mois, liée à une condition chronique et provoquant une incapacité fonctionnelle ou nécessitant la prise en continue d'une médication sur ordonnance lui permettant d'être fonctionnel

- Le patient doit avoir une incapacité fonctionnelle en lien avec ses douleurs chronique (+ de 6 mois) et/ou palliée par la prise de médication (sous ordonnance)

### Embolie ou FA récentes nécessitant anticoagulation et suivi du RNI

- Le patient a ou un suivi d'INR pour une condition d'embolie ou de FA de moins d'un an

### État psychotique

- Le patient est suivi en santé mentale
- Le patient n'est pas suivi en santé mentale (référez aussi en Santé mentale adulte<sup>2</sup> ou jeunesse<sup>3</sup>)
- Justification : indiquez si l'état psychotique est stable ou non et la condition sous-jacente

### Hospitalisation au cours du dernier mois pour un problème chronique ou pour un problème aigu nécessitant un suivi rapide

- Pour la santé physique et/ou mentale
- Justification : indiquez les suivis prévus en lien avec l'hospitalisation

### Idées suicidaires ou d'homicides

- Le patient est suivi en santé mentale
- Le patient n'est pas suivi en santé mentale (référez aussi en Santé mentale adulte<sup>2</sup> ou jeunesse<sup>3</sup>)
- Justification : indiquez si l'état est stable ou non et la condition sous-jacente; les actions prises et le suivi qui est en place

### Soins palliatifs

- Justification : indiquez où le patient est suivi (SAPA, Hôpital, ...)

### Toxicomanie ou dépendance active

- Condition connue ou auto-déclarée
- Justification : indiquez si le patient est suivi pour cette condition

### Trouble dépressif, d'adaptation ou anxieux majeur et actif

- Condition connue et active, en cours de traitement ou non
- Justification : indiquez la condition et toutes informations importantes

### VIH/SIDA

- Condition nouvelle ou connue et sous contrôle

### Problème chronique ou qui revient périodiquement selon la déclaration du patient

- Justification : Toutes conditions chroniques déclarée par le patient (ex. : diabète, hypertension, ...)

## Références supplémentaires vers d'autres Guichets d'accès

### 1. Guichet SAPA (soutien aux personnes en perte d'autonomie)

- Téléphone : 514 362-8157
- Télécopieur : 514 521-6468
- Courriel : [sapa.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:sapa.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)

### 2. Guichet d'accès en santé mentale ADULTE

- Secteur **Jeanne-Mance**
  - Téléphone : 514 527-2361 poste 3440
  - Télécopieur : 514 847-9456
  - Courriel : [guichet\\_acces\\_sante\\_mentale\\_adulte.jmance@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichet_acces_sante_mentale_adulte.jmance@ssss.gouv.qc.ca)
- Secteur **Sud-Ouest Verdun**
  - Téléphone : 514 766-0546 poste 52249
  - Télécopieur : 514 934-2385

### 3. Guichet d'accès en santé mentale JEUNESSE

- Secteur **Jeanne-Mance**
  - Téléphone : 514 521-1320 poste 6876
  - Télécopieur : 514 521-1886
  - Courriel : [guichetsmjim.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichetsmjim.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)
- Secteur **Sud-Ouest Verdun**
  - Téléphone : 514 766-0546 poste 52675
  - Télécopieur : 514 769-4970
  - Courriel : [guichet\\_SMJ.SOV@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichet_SMJ.SOV@ssss.gouv.qc.ca)