

FORMULAIRE DE RECOMMANDATION

À REMPLIR PAR LE·LA PROFESSIONNEL·LE RÉFÉRENT·E

IDENTIFICATION DU·DE LA PATIENT·E

Noms et prénoms **légaux** : _____
Noms et prénoms **choisis** (si différents) : _____
Pronoms : _____ Date de naissance : _____

PROFESSIONNEL·LE RÉFÉRENT·E

S'il s'agit de votre première référence à notre centre, veuillez remplir l'**annexe 2** à la page 5.

Noms et prénoms : _____
Titre : _____
Adresse courriel : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____

**SVP, joindre le consentement à la communication des informations avec ce formulaire.
N'hésitez pas à ajouter une feuille si vous manquez d'espace sur le formulaire.**

Documenter la dysphorie ou l'incongruence du genre (durée, impact sur le fonctionnement, etc.) :

Étapes de transition effectuées jusqu'à présent : _____

Ces étapes ont-elles contribué à la diminution de la dysphorie ou l'incongruence? Oui Non
Si non, pourquoi? _____

Le·la patient·e a-t-iel reçu un diagnostic de santé mentale? Si oui précisez. Oui Non

Est-ce que le·la patient·e est sous hormonothérapie : Oui (préciser) Non (préciser pourquoi)

Depuis : _____
Depuis : _____

Si non, pour quelle raison : _____

En cas de gonadectomie, quel type d'hormones le-la patient-e souhaite-t-iel prendre après la chirurgie?

La stérilité et les options de préservation de la fertilité ont-elles été abordées? Oui Non

Quels sont ses attentes et ses objectifs en lien avec la ou les chirurgies souhaitées? _____

Le-la patient-e connaît-iel les soins postopératoires associés à la chirurgie? Oui Non

Si oui, résumer l'essentiel verbalisé par le-la patient-e. **Si non**, résumer les actions posées. _____

Décrire le réseau de soutien familial et social : _____

Professionnels·les impliqués·es dans le suivi (spécialité) : _____

Demeurez-vous disponible après la chirurgie si le-la patient-e nécessite un suivi? Oui Non

Pour les questions 1 à 8, si vous répondez non, remplir le n° correspondant en annexe 1

1. Le-la patient-e est apte à donner son consentement éclairé? Oui **Non**

2. Iel comprend que les résultats peuvent différer de ses souhaits : Oui **Non**

3. Capacité d'adaptation si les résultats diffèrent des souhaits? Oui **Non**

4. Capacité de prendre soin d'iel-même (hygiène, alimentation, etc.) : Oui **Non**

5. Iel a de bonnes habitudes de vie : Oui **Non**

6. Iel vit dans un logement propre, stable et sécuritaire : Oui **Non**

7. Capacité financière à arrêter le travail pendant la convalescence : Oui **Non**

8. Capacité financière à acheter le matériel nécessaire : Oui **Non**

Pour les questions 9 à 15, si vous répondez oui, remplir le n° correspondant en annexe 1

9. Troubles neurodéveloppementaux : **Oui** Non

10. Risque que la santé mentale se détériore en période de stress : **Oui** Non

11. Consommation de substances (actuelle) : **Oui** Non

12. Consommation de substances (dans le passé) : **Oui** Non

13. Problématiques de santé physique connues : **Oui** Non

14. Patient-e mineur-e : **Oui** Non

15. Difficulté de communication (langue, limitations physiques, etc.) **Oui** Non

Identification patient·e (ou apposer l'étiquette)
Noms, prénoms : _____
Date de naissance : _____

ANNEXE 1

1. Pour quelle raison le·la patient·e n'est pas apte à donner son consentement éclairé?

2. Quels sont les enjeux concernant les attentes face aux résultats chirurgicaux?

3. Quels sont les enjeux concernant l'adaptation aux résultats chirurgicaux?

4. Capacité à prendre soin d'iel-même. Quels sont les enjeux identifiés liés à ce sujet?

5. Habitudes de vie. Quels sont les enjeux identifiés liés à ce sujet?

6. Quels sont les enjeux liés au logement?

Identification patient·e (ou apposer l'étiquette)
Noms, prénoms : _____
Date de naissance : _____

7. et **8.** Quelles ressources seront déployées pour que la personne soit en mesure de subvenir financièrement à ses besoins postopératoires et se procurer le matériel nécessaire?

9. Troubles neurodéveloppementaux. Quelles sont les manifestations et quelles sont vos recommandations pour les interactions, communications et soins avec le·la patient·e?

10. Risque que la santé mentale se détériore en période de stress. Quelles sont les manifestations, le cas échéant, et quelles stratégies ont été développées?

11. et **12.** Consommation de substances actuelle ou passée :

Types de substance : _____

Depuis ou pendant combien de temps (dates approximatives) : _____

Traitements suivis : _____

Ces traitements sont-ils encore en cours? Oui Non

13. Quelles sont les problématiques de santé connues? SVP préciser si ces problématiques sont traitées et stables. Si vous êtes son·sa médecin de famille ou son infirmier·ère, remplissez plutôt le questionnaire sur l'état de santé (<https://www.grsmontreal.com/DATA/DOCUMENT/93.pdf>).

Identification patient·e (ou apposer l'étiquette)
Noms, prénoms : _____
Date de naissance : _____

14. Patients-es mineurs-es : Détailler le réseau de soutien social et professionnel disponible avant, pendant et après la chirurgie.

15. Difficulté de communication. Détailler les limitations de la personne et les ressources disponibles pour assurer une bonne compréhension avant, pendant et après la chirurgie.

ANNEXE 2

Nouveau·lle médecin référent·e

Niveau d'étude complété : _____

Lieu de pratique : _____

Services offerts : _____

Expertise en santé trans : _____

SIGNATURE DU·DE LA MÉDECIN RÉFÉRENT·E

Signature : _____ Date : _____

N'hésitez pas à communiquer avec nous si vous avez des questions



