

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

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 :
Téléphone :
Chirurgie(s) demandée(s)

Date de naissance :
Courriel :

GrS Montréal suit les recommandations des standards de soins Version 8 de la WPATH. Il n'est donc pas obligatoire d'être un·e professionnel·le de la santé mentale pour procéder à une évaluation afin de référer à la chirurgie. Cependant, le niveau d'étude « maîtrise » est exigé ainsi que les connaissances sur les traitements médicaux et chirurgicaux en santé trans. Notre équipe communiquera avec vous en cas de questions le type de suivi offert ou sur le contenu de la lettre de recommandation.

PROFESSIONNEL·LE RÉFÉRENT·E

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

S'il s'agit de votre première référence à notre centre, veuillez remplir **la section suivante**

Nouveau·lle médecin référent·e

Niveau d'étude complété :
Lieu de pratique :
Services offerts :

Expertise en santé trans :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

**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 :

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

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

- 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. **Sinon**, 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? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Iel comprend que les résultats peuvent différer de ses souhaits : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Capacité d'adaptation si les résultats diffèrent des souhaits? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Capacité de prendre soin d'iel-même (hygiène, alimentation, etc.) : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Iel a de bonnes habitudes de vie : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Iel vit dans un logement propre, stable et sécuritaire : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Capacité financière à arrêter le travail pendant la convalescence : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Capacité financière à acheter le matériel nécessaire : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

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

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------|
| 9. Troubles neurodéveloppementaux : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 10. Risque que la santé mentale se détériore en période de stress : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 11. Consommation de substances (actuelle) : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 12. Consommation de substances (dans le passé) : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 13. Problématiques de santé physique connues : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 14. Patient-e mineur-e : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 15. Difficulté de communication (langue, limitations physiques, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

SIGNATURE DU/DE LA MÉDECIN RÉFÉRENT-E

Signature :

Date :

Nom :

Prénom :

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](#).*

Nom :

Prénom :

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.

SIGNATURE DU·DE LA MÉDECIN RÉFÉRENT·E

Signature :

Date :

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

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Signature :

Date :