

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE VERS LES SERVICES  
TRANSITOIRES DU GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DE  
PREMIÈRE LIGNE (GAP)**

**RÉSERVÉ AUX MÉDECINS/IPS EN CLINIQUES MÉDICALES**

**1. IDENTIFICATION DE L'USAGER**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

No Assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date de naissance (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_

Personne à contacter si différente de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ No de téléphone : \_\_\_\_\_

**2. RÉFÉRENCE VERS LES INFIRMIÈRES CLINIENNES DES CLINIQUES TRANSITOIRES**

Contraception pour usagère ayant 25 ans et plus (excepté l'implant contraceptif NexplanonMD)

Retrait de stérilet

Cytologie cervicale (OC-CISSS-177 pour usagère âgée entre 21 et 65 ans)

Enseignement des saines habitudes de vie pour usager avec HTA, DB et DLP

Veillez spécifier : \_\_\_\_\_

Ajustement et suivi de médication (veuillez compléter l'OIA ciblée dans les pages suivantes) HTA  DLP  DB TYPE 2

Bilan de dépistage pour le risque cardiovasculaire et le diabète de type 2 (OC-CISSS-177 : bilan lipidique et HBA1C)

Évaluation du TDAH (6 ans et plus)

Évaluation du trouble neurocognitif

Suivi de résultat de mammographie (PQDCS)

Description de la condition clinique nécessitant un suivi en CT :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Certaines consultations peuvent se dérouler à distance, l'offre de services des cliniques transitoires peut varier d'un site à un autre.

Nom:

Prénom:

# Dossier:

### 3. RÉFÉRENCE VERS LES PHYSIOTHÉRAPEUTES DES CLINIQUES TRANSITOIRES

Description de la condition clinique nécessitant une consultation en physiothérapie (1 à 2 rencontres) :

---

---

---

---

### 4. CONSENTEMENT DE L'USAGER

L'utilisateur est informé et consent à la demande et autorise le référent à transmettre les informations requises au GAP ? :  Oui

**\*\*Merci de joindre les notes de consultations pouvant contribuer au suivi de l'utilisateur\*\***

### 5. IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Nom du référent :	_____	Licence :	_____
Clinique :	_____	Courriel :	_____
No de téléphone :	_____	No de télécopieur :	_____
Signature :	_____	Date :	_____

## FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE VERS LES SERVICES TRANSITOIRES DU GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE (GAP)

Formulaire à transmettre par courriel ou par fax au :  
Numéro de télécopieur : 450-436-9815  
Courriel : 15 CISSS LAU Cliniques transitoires [cliniques.transitoires.cissslau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:cliniques.transitoires.cissslau@ssss.gouv.qc.ca)  
Numéro de téléphone : 450-432-2777 poste 25267