

DISTRICT DE NIPISSING

SERVICES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRES À LONG TERME EN SANTÉ MENTALE ET TOXICOMANIE

FORMULAIRE COMMUN DE DEMANDE DE SERVICES

Équipes communautaires de traitement intensif 1 et 2

Centre de santé régional de North Bay

ÉCTI 1 Tél. : 705 494-3031 Téléc. : 705 494-3019

ÉCTI 2 Tél. : 705 494-1069 Téléc. : 705 494-8447

Services de logement et de soutien en toxicomanie

Services de gestion de cas

Centre de réadaptation de North Bay

Tél. : 705-472-2873 Fax : 705-472-6442

Programme de gestion de cas

Centre Alliance

Hôpital général de Nipissing Ouest

Tél. : 705 753-2271 Téléc. : 705 753-4202

Gestion de cas intensive

Services de santé mentale de Nipissing Est

Tél : 705 744-5511, poste 229

Téléc. : 705 744-5088

Programme de gestion de cas intensive

Services de logement et de soutien en santé mentale de Nipissing

Tél. : 705 476-4088 Téléc. : 705 495-3585

Services d'approche par les pairs

Pour l'égalité des partenariats en santé mentale (Pep)

Tél : 705 495-4774 Téléc. : 705 494-4775

Tutelle volontaire et services d'approche

Association canadienne pour la santé mentale

Filiale de la région de Nipissing

Tél. : 705 474-1299 Téléc. : 705 474-5325

Les organismes du district de Nipissing qui offrent les services susmentionnés utilisent le présent formulaire pour recevoir ou faire des demandes de services. Celui-ci vise à trouver, au moment de la demande, le service qui pourrait le mieux répondre à vos besoins, parmi les organismes qui offrent des services de soutien communautaire à long terme en santé mentale et toxicomanie. Il ne s'agit pas d'un formulaire servant à évaluer votre situation ni d'un formulaire d'admission. Vous pouvez remplir le formulaire vous-même ou demander à quelqu'un de vous aider.

Vous n'avez à remplir qu'un *Formulaire commun de demande de services*. Veuillez écrire en lettres moulées ou écrire lisiblement. Le formulaire peut aussi être rempli par voie électronique, **mais il faut tout de même l'imprimer et le signer.**

Veuillez le remplir le plus complètement et le plus exactement possible. L'équipe de triage a besoin de ces renseignements afin de s'assurer de vous diriger vers le service qui vous convient le mieux, le plus rapidement possible. Communiquez avec un des groupes ou organismes susmentionnés si vous avez besoin d'une explication ou de plus amples renseignements.

Si, après avoir révisé votre demande, l'équipe de triage détermine qu'aucun des services susmentionnés n'est approprié pour les besoins présentés, **vos initiales dans la boîte au bas de la page 5 (la dernière page du formulaire) indiqueront votre désir que la demande soit acheminée à un service qui pourrait mieux répondre à vos besoins.**

Veuillez envoyer les six pages dûment remplies du formulaire à n'importe lequel des organismes susmentionnés.

Nom : _____ Date de naissance : _____

- ACSM _____
- Centre Alliance _____
- Services de santé mentale de Nipissing Est _____
- Services de logement et de soutien en santé mentale de Nipissing _____
- Pour l'égalité de partenariats en santé mentale (PEP) _____
- Clinique de santé mentale _____
- Centre d'accès aux soins communautaires _____
- Probation et libération conditionnelle _____
- Autre : (Veuillez préciser.) _____

C Antécédents psychiatriques

Diagnostic psychiatrique : Principal : _____

Secondaire : _____

Qui a posé ce diagnostic? _____

Date et durée de chacune des hospitalisations, soit à un hôpital général ou à un hôpital psychiatrique, **pour des troubles psychiatriques** : (de la plus récente à la plus ancienne). Veuillez ajouter une feuille supplémentaire au besoin.

Date (mois/année)	Durée du séjour	Nom et lieu de l'hôpital
Nombre de visites à un service des urgences, pour des troubles psychiatriques , au cours des six derniers mois :		

La maladie psychiatrique existe depuis plus de dix ans. oui non
 La durée prévue de la maladie psychiatrique est de plus de dix ans. oui non

La maladie psychiatrique a entraîné des difficultés qui entravent ou limitent sérieusement la capacité fonctionnelle à l'égard d'une ou de plusieurs des activités de la vie quotidienne. oui non

Avez-vous complété un OCAN (Outil d'évaluation commun des besoins de l'Ontario) au cours des six derniers mois ? oui non

Nom : _____ Date de naissance : _____

Si oui, à quel endroit ? _____

D Renseignements sur la dépendance

Vivez-vous avec une dépendance ? oui non

Si **oui**, continuez à remplir cette section.
Si **non**, passez à la section E.

Quand avez-vous complété votre dernier ADAT ? Sans objet
(Trousse d'évaluation en toxicomanie) : _____ (p.ex. : 15|09|42)
jour mois année

À quel endroit avez-vous complété votre dernier ADAT ?

Etablissement ou institution : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Date, durée et endroits de traitement pour dépendance :

Date (mois/année)	Durée du séjour	Nom et lieu de l'établissement
Nombre de visites à un service des urgences ou établissement de détoxification, pour des raisons de dépendance , au cours des six derniers mois :		

E Médicaments (tous les médicaments prescrits, pour des troubles psychiatriques ou autres), dose et posologie

Note : Veuillez inclure tous les produits en vente libre (p. ex. Tylenol et Graval) et les herbes médicinales (p. ex. herbe de Saint-Jean) qu'utilise la personne faisant l'objet de la demande de services.

Nom : _____ Date de naissance : _____

--	--

F Raison de la demande de services et aide requise

Veillez assurer que vous avez coché chacune des cases indiquant la fréquence de l'aide requise pour chacun des services.	Tous les jours (y compris après les heures de bureau) (X)	Beaucoup (au mois 2 ou 3 fois par semaine) (X)	Un peu (une fois par semaine ou moins, y compris seulement une fois) (X)	Pas du tout (X)
Gérer les médicaments (Veillez préciser ci-dessous.**)				
Réduire l'effet des symptômes d'ordre psychiatrique				
Maintenir les soins médicaux et psychiatriques nécessaires (se rappeler les rendez-vous, suivre un plan de soins, etc.)				
Obtenir de l'aide concernant les problèmes de santé physique				
Traiter un problème lié à la consommation d'alcool ou de drogues				
Maintenir un logement convenable				
Poursuivre des programmes de formation pertinents				
Garder un emploi convenable				
Obtenir des services de soutien ou de défense des droits en ce qui concerne des accusations criminelles actuelles ou en instance				
Demeurer engagé de façon appropriée avec un programme d'entraide; (p. ex. Alcooliques anonymes, Narcotiques anonymes)				
Maintenir le counseling de soutien nécessaire				
Acquérir des aptitudes à la vie quotidienne (cuisine, soins personnels, etc.)				
Autre (précisez)				
Autre (précisez)				

Besoin de services de soutien spécialisés	(X)
Être mis sous tutelle volontaire	
Obtenir des services de soutien par les pairs	

G Autres renseignements

Autres renseignements (y compris les problèmes actuels ou la raison principale qui motive la demande de services) qui, selon vous, sont importants et pourraient faciliter la décision concernant l'organisme auprès duquel faire la demande de services. **** Veillez préciser le genre d'aide requise en ce qui a trait aux médicaments :**

Nom : _____ Date de naissance : _____

H Divulgence de renseignements**Veillez prêter une attention particulière à la présente section.**

Le présent formulaire vise à fournir à l'équipe de triage des demandes de services des renseignements qui lui permettront de déterminer le service de soutien à long terme qui répondra le mieux à vos besoins. Il se peut que l'équipe de triage doive communiquer avec le personnel des programmes que vous avez énumérés dans la section « Services déjà offerts » du présent formulaire. Une fois que l'équipe de triage aura déterminé le service qui convient le mieux à votre situation, il lui enverra une copie du formulaire. En signant le formulaire, vous acceptez que les renseignements qu'il contient soient utilisés par l'équipe de triage à cette fin. De plus,

- ce formulaire ne servira à cette fin que dans les 90 jours suivant la date à laquelle vous l'aurez signé; après 90 jours, si vous avez encore besoin de services, vous devrez remplir un nouveau formulaire de consentement à la divulgation de renseignements;
- l'équipe de triage communiquera avec la personne ou l'organisme qui lui a fait parvenir le formulaire (source de la demande de services) pour l'informer des recommandations qui ont été faites.

Date : _____

**Nom de la personne faisant l'objet de la demande (ou du mandataire spécial)
(en lettres moulées) :** _____**Signature :** _____

Si vous avez fait une marque ci-dessus plutôt que d'apposer votre signature, ou si un mandataire spécial a rempli le formulaire, veuillez faire authentifier cette marque ou cette signature par un témoin :

Date : _____ Nom du témoin (en lettres moulées) : _____

Signature du témoin : _____

Il se peut que, après avoir examiné votre demande de services, l'équipe de triage détermine qu'aucun des services mentionnés dans le présent formulaire ne peut répondre à vos besoins. En pareil cas, si vous désirez que votre demande soit envoyée à un autre service qui pourrait mieux répondre à vos besoins, veuillez apposer vos initiales dans cette case.

