

## Aiguillage vers les services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances

### S'IL S'AGIT D'UNE URGENCE, APPELEZ LE 911 OU LES SERVICES DE CRISE LOCAUX

Si vous télécopiez ce formulaire, indiquez le nombre de pages (y compris la page couverture) : \_\_\_\_\_ Date de l'aiguillage : \_\_\_\_\_

#### Renseignements sur la personne dirigée vers les services

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Autre prénom ou prénom préféré : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Statut d'Autochtone : \_\_\_\_\_

N° de carte Santé : \_\_\_\_\_ Code de version : \_\_\_\_\_ Province qui a délivré la carte Santé : \_\_\_\_\_  
☐ Pas de carte Santé ☐ Pas de code de version

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ ☐ Pas d'adresse connue

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° de poste : \_\_\_\_\_ N° de téléphone secondaire : \_\_\_\_\_ N° de poste : \_\_\_\_\_ ☐ Pas de n° de téléphone connu

Langue maternelle : ☐ Anglais ☐ Français Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Dans quelle langue la personne dirigée vers les services est-elle le plus à l'aise? ☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre

Nom de la personne-ressource secondaire : \_\_\_\_\_ Peut être contactée au besoin? ☐ Oui ☐ Non

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° de poste : \_\_\_\_\_ N° de cellulaire : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne dirigée vers les services (cochez toutes les cases pertinentes) : ☐ Procuration ☐ Mandataire spécial ☐ Conjoint  
☐ Membre de la famille ☐ Ami ☐ Agent chargé du cas ☐ Aîné ☐ Autre : (précisez) \_\_\_\_\_

Adresse pour les services (si elle est différente de celle du domicile) : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_  
 N° de poste : \_\_\_\_\_ N° de téléphone secondaire : \_\_\_\_\_ N° de poste : \_\_\_\_\_ ☐ Pas de n° de téléphone connu

#### Renseignements pour communiquer

Rappelez : ☐ Personne dirigée Meilleur moment pour appeler : \_\_\_\_\_ Peut-on laisser un message? ☐ Oui ☐ Non  
 (Cocher toutes les cases pertinentes) ☐ Personne-ressource secondaire Meilleur moment pour appeler : \_\_\_\_\_ Peut-on laisser un message? ☐ Oui ☐ Non  
☐ La personne dirigée veut être contactée par courriel- Courriel : \_\_\_\_\_

Problèmes d'accessibilité ou fonctionnels dont devrait être au courant l'organisme qui reçoit le formulaire d'aiguillage (cocher toutes les cases pertinentes) :  
☐ Interprète nécessaire ☐ Troubles cognitifs ☐ Problèmes de littéracie ☐ Troubles physiques/de mobilité ☐ Troubles de l'ouïe  
☐ Troubles de la vue ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Précisions : \_\_\_\_\_

Organismes/services intervenant actuellement : \_\_\_\_\_

#### Personne ou organisme qui effectue l'aiguillage

Nom : \_\_\_\_\_ Rôle/titre : \_\_\_\_\_ Organisme : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° de poste : \_\_\_\_\_ N° de télécopieur : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne dirigée vers les services : ☐ Elle-même ☐ Conjoint ☐ Famille ☐ Ami ☐ Organisme ☐ Fournisseur de soins ☐ Autre

La personne dirigée est-elle au courant de l'aiguillage? ☐ Oui ☐ Non  
☐ La personne dirigée a donné son consentement à l'aiguillage. Date à laquelle le consentement a été donné : \_\_\_\_\_  
☐ Accusé de réception du formulaire d'aiguillage requis par l'organisme qui effectue l'aiguillage

Aiguillage pour : Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### Renseignements psychiatriques

La personne dirigée a-t-elle reçu le diagnostic d'un problème psychiatrique? ☐ Oui ☐ Non ☐ Information non connue

Si oui, quel est le diagnostic? \_\_\_\_\_

La personne dirigée est-elle actuellement suivie par un psychiatre? ☐ Oui ☐ Non ☐ Information non connue

Si oui, indiquez le nom du psychiatre : \_\_\_\_\_ ☐ Non connu

N° de téléphone \_\_\_\_\_ N° de poste : \_\_\_\_\_ ☐ Non connu N° de télécopieur : \_\_\_\_\_ ☐ Non connu

### Renseignements sur le fournisseur de soins médicaux

La personne dirigée est-elle actuellement suivie par un médecin de famille ou une infirmière praticienne? ☐ Oui ☐ Non

☐ Information non connue

Nom du médecin de famille ou de l'infirmière praticienne (IP) : \_\_\_\_\_ ☐ Même nom que le médecin ou l'IP qui effectue l'aiguillage ☐ Non connu

N° de téléphone \_\_\_\_\_ N° de poste : \_\_\_\_\_ ☐ Non connu N° de télécopieur : \_\_\_\_\_ ☐ Non connu

### Services demandés – Cochez toutes les cases pertinentes

Raison de l'aiguillage : \_\_\_\_\_

☐ Santé mentale

☐ Enfants et adolescents

☐ Santé mentale des personnes âgées

☐ Famille

☐ Juridique / tribunal

☐ Agression sexuelle / violence familiale

☐ Soutien par les pairs \*

☐ Logement \*

☐ Soutien social / réadaptation

☐ Trouble concomitant

☐ Gestion de cas \*

☐ Diagnostic mixte

☐ Trouble de l'alimentation

☐ Psychose précoce

☐ Autre (donnez des précisions plus bas) \*

☐ Dépendances et toxicomanie

☐ Enfants et adolescents

☐ Famille

☐ Évaluation

☐ Gestion du sevrage

☐ Traitement ambulatoire

☐ Traitement en établissement

☐ Logement avec services de soutien \*

☐ Alcool

☐ Drogues

☐ Produits opiacés

☐ Jeu

☐ Gestion de cas \*

☐ Autre (donnez des précisions plus bas)

☐ Consultation psychiatrique (aiguillage effectué par un médecin ou une IP seulement) N° de facturation \_\_\_\_\_

☐ Consultation/évaluation

☐ Diagnostic

☐ Gestion des médicaments

\* La personne qui a été dirigée vers un autre service devrait reconnaître que les services indiqués avec un astérisque dans la liste ci-dessus se situent dans le district de Nipissing. Ces services pourraient transmettre la demande et les renseignements relatifs à celle-ci à d'autres organismes pour faire en sorte que le service le plus approprié répond aux besoins du patient.

Précisions supplémentaires : \_\_\_\_\_

### Renseignements supplémentaires et pièces jointes

Renseignements supplémentaires ci-joints ou à venir

☐ Oui

☐ Non

☐ Note concernant le diagnostic ☐ Note concernant l'évaluation

☐ Médicaments ☐ Autre : \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle des problèmes médicaux actuellement?

☐ Oui ☐ Non ☐ Information non connue

La personne est-elle enceinte ou a-t-elle récemment accouché?

☐ Oui ☐ Non ☐ Information non connue

La personne prend-elle actuellement des médicaments? ☐ Oui ☐ Non

☐ Information non connue Précisions : \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle des problèmes juridiques? ☐ Oui ☐ Non

☐ Information non connue Précisions : \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle des antécédents de comportement agressif? ☐ Oui ☐ Non

☐ Information non connue Précisions : \_\_\_\_\_

### Réservé à l'usage de l'organisme qui reçoit le formulaire d'aiguillage

Date/heure de réception du formulaire d'aiguillage : \_\_\_\_\_ Date/heure de l'évaluation du client : \_\_\_\_\_

Date/heure à laquelle le client reçoit le service : \_\_\_\_\_

Le présent formulaire contient des renseignements personnels sur la santé qui sont assujettis aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé. Les renseignements sont recueillis aux fins d'aiguillage des patients vers les organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances qui offrent des services pouvant leur être utiles. Les organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances se serviront uniquement de ces renseignements pour déterminer l'admissibilité des patients et organiser les services nécessaires.

Nord-Est de l'Ontario

**Coordonnées pour la recommandation - Connexion Nord-Est**

**Renseignements des services de recommandation :**

[Services De Toxicomanie Cochrane Nord - Programme de traitement du jeu problématique - Smooth Rock Falls](#)

105 2ème avenue, Smooth Rock Falls, ON, P0L 2B0

**Contact pour les recommandations :**

Personnel sur le devoir, Travailleur chargé/Travailleuse chargée de l'admission, [chantal.jette@one-mail.on.ca](mailto:chantal.jette@one-mail.on.ca)

Phone: 705-338-4300

---