

## 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 : \_\_\_\_\_

Nord-Est de l'Ontario

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

**Renseignements des services de recommandation :**

[Services De Toxicomanie Cochrane Nord - Programme des troubles simultanés virtuels - Kapuskasing](#)

29 avenue Byng, bureau 2, Kapuskasing, ON, P5N 1W6

**Contact pour les recommandations :**

---