

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

(Cochez 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 :

[Filiale de l'Association canadienne pour la santé mentale \(ACSM\) de Cochrane-Timiskaming - Service virtuel de traitement des troubles concomitants pour les jeunes - Timmins - Rue Pine Sud](#)

85 rue Pine, unité 2, Timmins, ON, P4N 2K1

Contact pour les recommandations :
