# 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

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.

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

Précisions supplémentaires : _

* 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.

_____

_____

**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 - Programme régional d’intervention précoce - Iroquois Falls
A-58 promenade Anson, Iroquois Falls, ON, P0K 1G0
**Contact pour les recommandations :**