



RÉFÉRENCE ET DEMANDE DE SERVICES COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ MENTALE

Veillez utiliser ce formulaire pour référer une personne aux services de l'ACSM-Champlain Est. Si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire, communiquez avec notre ligne d'information et de référence en composant le 613-933-5845 ou le 1-800-493-8271.

Services de soutien communautaire offerts:

- Gestion de cas intensive (GCI)
- Programmes de la cour (déjudiciarisation avant la mise en accusation, soutien et déjudiciarisation)
- Soutien vocationnel
- Programme de lutte contre l'accumulation compulsif
- Soutien au logement
- Community Homes for Opportunity (CHO)
- Programme de loisirs sociaux

Critères essentiels:

- Être âgé de 16 ans ou plus
- Résident de la région de Champlain Est (Stormont, Dundas, Glengarry, Prescott et Russell et Akwesasne)
- Maladie mentale grave et persistante ou symptômes de
- Doit être volontaire

Définition de la maladie mentale grave et persistante du ministère de la Santé

Des diagnostics tels que la schizophrénie, les troubles affectifs majeurs, les troubles de la personnalité, la paranoïa et d'autres psychoses doivent être présents ou la personne démontre un ensemble de comportements qui indiquent une maladie mentale grave et persistante.

L'incapacité fait référence au fait que le trouble interfère avec la capacité de la personne à organiser et à accomplir les activités de la vie quotidienne.

La durée peut être basée sur un premier épisode grave ou sur la nature chronique de la maladie.

Note : Toutes les conditions énumérées ci-dessus doivent être remplies pour être prises en considération pour nos services de soutien communautaire.

Critères secondaires : (ces indicateurs ne sont pas essentiels, mais renforcent la nécessité d'une gestion de cas intensive)

- Sans-abri ou risquant de le devenir
- Perte imminente des principaux soutiens et/ou être isolé socialement (c'est-à-dire la famille)
- Déficience fonctionnelle dans plusieurs domaines : aptitudes à la vie quotidienne, aptitudes sociales, éducatives/professionnelles, financières,
- Le service est nécessaire pour maintenir les gains récents en matière de réadaptation (par exemple, à partir d'un logement supervisé ou de services hospitaliers).
- Présence de troubles concomitants
- Présence d'un double diagnostic

Pour les références du programme Homes for Opportunity (CHO) :

- Avoir besoin d'un logement et des services de soutien pour vivre de manière aussi indépendante que possible.
- Besoin d'une certaine aide pour les activités de la vie quotidienne (soins personnels, entretien ménager, soins de santé, aide à la prise de médicaments, etc.)
- Avoir besoin d'un certain niveau de soutien 24 heures sur 24.

L'ACSM ne fait PAS ce qui suit:

- **Accepter** les demandes de financement de logement uniquement
- **Accepter** les clients involontaires
- **Effectuer** des évaluations psychiatriques
- **Triage** des demandes urgentes/de crise

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

Renseignements généraux:

Nom: _____

Adresse: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

Date de naissance: m ____ / j ____ / a ____

Téléphone: _____ Permission de laisser un message: ___ Oui ___ Non

Autre téléphone: _____

Adresse courriel: _____

Permission d'envoyer un courriel ___ Oui ___ Non

Sexe: ___ Homme ___ Femme ___ Autre: _____

Langue préférée: ___ Anglais ___ Français ___ Autre: _____

Langue maternelle: _____

Service Militaire : _____ Actif _____ Retraité

Origine autochtone: ___ Autochtone ___ Non autochtone ___ Inconnue

Identité autochtone: ___ Premières Nations ___ Inuits ___ Métis ___ Sans statut

___ Urbain

Numéro de carte Santé de l'Ontario: _____

La personne a-t-elle besoin d'aide quotidiennement? (c. -à-d.: alphabétisation, mobilité, audition, vision, animaux de compagnie) ___ Oui ___ Non

Si oui, veuillez décrire le type de soutien nécessaire:

Diagnostic primaire: _____

Diagnostic secondaire: _____

La personne souffre-t-elle de psychose? ___ Oui ___ Non

1re expérience de psychose? ___ Oui ___ Non

Autre maladie / incapacité:

- Trouble concomitant (dépendance à une substance et maladie mentale)
- Double diagnostic (déficience intellectuelle et maladie mentale)
- Autre: _____

La personne a-t-elle un fournisseur de soins primaires (Dr / IP)? ___ Oui ___ Non

Nom: _____ Numéro de téléphone: _____

La personne a-t-elle un psychiatre? ___ Oui ___ Non

Nom: _____ Numéro de téléphone: _____

Date de l'hospitalisation psychiatrique la plus récente: m ___ / j ___ / a ___

Raison de l'admission:

Facteurs de risqué liés à la santé mentale:

- Dans quelle mesure le fonctionnement quotidien de la personne est-il altéré par ses symptômes?
- ___ Léger ___ Modéré ___ Sévère
- La consommation excessive de drogues récréatives, d'alcool ou jeux de hasard est-elle un sujet de préoccupation? ___ Oui ___ Non
 - o La personne participe-t-elle actuellement à un programme de traitement des dépendances? ___ Oui ___ Non
 - o La personne est-elle impliquée dans un programme de méthadone? ___ Oui ___ Non
- La personne a-t-elle eu des pensées suicidaires au cours du dernier mois? ___ Oui ___ Non
 - o A un plan de suicide? ___ Oui ___ Non
 - o A fait une tentative de suicide au cours du dernier mois? ___ Oui ___ Non
 - o Signes d'automutilation? ___ Oui ___ Non
- Des antécédents de comportement agressif ou destructeur? ___ Oui ___ Non
- Des antécédents de poursuites pénales? ___ Oui ___ Non
- Des antécédents d'accusations criminelles en cours? ___ Oui ___ Non
- Date de la prochaine audience: ___ / ___ / ___
- Sans-abri ou risque de le devenir? ___ Oui ___ Non
- Les problèmes familiaux ou relationnels affectent-ils la santé mentale de la personne? ___ Oui ___ Non

Raison de la référence:

- Symptômes spécifiques de la maladie mentale:

- Idées ou tentatives de suicide: ___ oui ___ Non ___ Incertain

- Éducation et soutien pour faire face à leur maladie:

- Soutien et liens avec la toxicomanie: _____

- Maladie mentale, accusations criminelles en cours (pas en détention):

- ___ Oui ___ Non ___ Incertain

- Demande d'aide au logement: ___ Oui ___ Non

- Autres raisons:

Référez-vous cette personne à d'autres services en ce moment? ___ Oui ___ Non

Y a-t-il un soutien ou des services supplémentaires auxquels la personne a actuellement accès dans la communauté? Veuillez fournir les détails ci-dessous:

| <u>Agence</u> | <u>Type de service</u> | <u>Personne à rejoindre/Numéro de tél.</u> |
|---------------|------------------------|--|
|---------------|------------------------|--|

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Veuillez fournir des documents supplémentaires à l'appui de la demande de services (c'est-à-dire : ÉGBI, ÉCBO, notes psychiatriques, etc.).

Source de référence:

Référé par : _____ Date : j ___ / m ___ / a ___

Relation : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

La personne a-t-elle été informée de cette référence? ___ Oui ___ Non

Signature de la source de référence

Date

Informations sur la confidentialité

Les renseignements personnels recueillis par notre filiale sont gardés confidentiels. Notre personnel est autorisé à consulter, à utiliser et à divulguer les renseignements personnels aux fins de l'acceptation dans les services de santé mentale de l'ACSM, de la coordination des cas et de référence, ainsi que de la planification du traitement. Des mesures de protection sont en place pour s'assurer que les renseignements ne sont pas divulgués ou partagés plus largement que nécessaire pour atteindre le but pour lequel ils ont été recueillis. Nous prenons également des mesures pour garantir l'intégrité de ces informations et pour éviter qu'elles ne soient perdues ou détruites.

Pour de plus amples renseignements, visitez notre site Web www.cmha-east.on.ca ou communiquez avec le Gestionnaire en chef de la protection de la vie privée et de la sécurité au 613-933-5845.