

Services de psychiatrie en milieu communautaire Formulaire d'orientation vers des services de consultation

Critères d'admissibilité

Pour être admissible aux Services de psychiatrie en milieu communautaire, la personne doit être disposée à participer au Programme des services d'intégration communautaire des personnes handicapées et correspondre à la définition d'adulte ayant une déficience intellectuelle de la Loi sur les adultes ayant une déficience intellectuelle ou du programme des Services de soutien provinciaux de remplacement.

Processus d'orientation (à l'initiative du travailleur ou de la travailleuse des services communautaires)

1. Veuillez remplir le formulaire (en caractères d'imprimerie) et l'envoyer par télécopieur au 204 940-1992. Ce consentement doit être signé par le client ou la cliente ou la personne subrogée avant de pouvoir considérer l'orientation.
2. Des documents supplémentaires relatifs aux critères d'admission au programme peuvent être demandés. Les rapports et les documents d'évaluation pertinents doivent être envoyés par télécopieur à la réception des Services de psychiatrie en milieu communautaire au 204 940-1992.
3. Le fait de remplir ce formulaire n'est pas une garantie de service.

Renseignements sur le client ou la cliente :

Nom légal complet : _____ Nom préféré : _____
 Genre : _____ Je préfère ne pas répondre. Date de naissance : _____
 Adresse actuelle : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
 Téléphone : _____ Tél. cell. : _____ Numéro d'identification personnel (9 chiffres) : _____
 Médecin de famille : _____ Dernier examen physique : _____
 École/programme de jour _____ Téléphone : _____

Information sur la personne subrogée ou proche parente (le cas échéant) :

Nom du tuteur légal / tutrice légale : _____
 Adresse actuelle : _____ Relation : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
 Téléphone : _____ Tél. cell. : _____

Coordonnées de la personne-ressource de l'organisme :

Nom de l'organisme : _____
 Adresse : _____ Ville : _____
 Province : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____ Tél. cell. : _____

Coordonnées du travailleur ou de la travailleuse des services communautaires :

Nom du travailleur ou de _____

la travailleuse des services communautaires :

Adresse : _____ Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____ Tél. cell. : _____

Autres professionnels concernés :

- Ergothérapeute
- Psychiatre
- Psychologue / Services de psychologie comportementale
- Conseiller ou conseillère
- Y a-t-il d'autres professionnels concernés? Si oui, précisez :

Interprète de langage requis? Oui Non

Consentement relatif à l'information et au traitement

Nom légal complet :

Date de naissance : _____

Carte de santé du Manitoba (6 chiffres) :

Numéro d'identification personnel (9 chiffres) :

Je, _____ (nom), autorise par les présentes les Services de psychiatrie en milieu communautaire à

recevoir ou à échanger avec les personnes ou organismes suivants des renseignements verbaux ou écrits concernant les personnes susmentionnées.

1. _____
2. _____
3. _____

Les renseignements sont divulgués à des fins d'évaluation, de traitement, de diagnostic et d'établissement de l'admissibilité aux Services de psychiatrie en milieu communautaire.

FAIT le _____ (jour/date) _____ 20 _____

Signature du client ou de la cliente ou de la personne subrogée

Signature du témoin

Autorisation en matière d'évaluation et de traitement psychiatriques

Je, _____ Date de naissance : _____

autorise les Services de psychiatrie en milieu communautaire du ministère des Familles, Division de la prestation de services dans les communautés, à fournir les services suivants :

Évaluation initiale avec un membre du personnel infirmier clinicien pour :

1. recueillir des renseignements sur la personne et la nature de ses préoccupations;
2. fournir des renseignements et des services de psychiatrie en milieu communautaire;

3. fournir des recommandations et de l'information de base.

Services de psychiatrie en milieu communautaire :

1. Rencontrer un psychiatre ou un membre du personnel infirmier clinicien pour une évaluation et des recommandations de traitement.

Services de soutien et d'information fournis par le personnel infirmier clinicien :

1. Fournir un soutien individuel et faire le suivi des traitements recommandés.
2. Travailler en étroite collaboration avec le réseau de soutien de la personne (psychiatre, travailleur social ou travailleuse sociale, famille, organisme et hôpital) afin de soutenir les interventions thérapeutiques.
3. Réaliser des interventions médicales pour soutenir le traitement (injections/prise de sang).

La participation aux Services de psychiatrie en milieu communautaire est volontaire. Tous les renseignements demeureront confidentiels, à moins que le client ou la cliente ou la personne subrogée n'autorise verbalement ou par écrit leur communication. Pour des raisons de sécurité, la loi exige que le personnel des Services de psychiatrie en milieu communautaire communique des renseignements confidentiels s'il sait ou croit qu'une personne ayant une déficience intellectuelle est victime de violence ou de négligence, ou s'il est témoin de violence.

FAIT le _____ (jour/date) _____ 20 _____

Signature du client ou de la cliente ou de la personne subrogée

Signature du témoin

Page 2 de 4

Formulaire d'orientation

Cette section doit être remplie par le médecin traitant ou le personnel infirmier

Médecin traitant :

Médecin traitant : _____ Numéro de facturation : _____
Adresse : _____ Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____ Téléc. : _____

Diagnostic médical / antécédents médicaux pertinents / antécédents sociaux et médicaments actuels (y compris la posologie) :

Quelles sont les préoccupations actuelles? (Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes.)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Automutilation | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Obsessions ou compulsions |
| <input type="checkbox"/> Idées suicidaires | <input type="checkbox"/> Comportement ou dysrégulation | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Tentatives de suicide | <input type="checkbox"/> Dépression ou humeur | <input type="checkbox"/> Consommation abusive de substances |
| <input type="checkbox"/> Agression | <input type="checkbox"/> Hallucinations ou délire | <input type="checkbox"/> Antécédents de traumatismes |

Colère ou comportement hostile

Inattention

Autre : _____

Veuillez fournir des précisions sur la gravité du problème psychiatrique et ses effets sur le fonctionnement du client ou de la cliente :

(veuillez joindre des copies des rapports pertinents)

FAIT le _____ (date) _____ 20 _____

Signature du médecin prescripteur ou du personnel infirmier praticien :

Veuillez indiquer qui assurera le suivi de ce client ou de cette cliente après la consultation :

1. Médecin prescripteur ou personnel infirmier praticien :

2. Coordonnées du travailleur ou de la travailleuse des services communautaires :
