



## 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 liés à la maladie
- 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: \_\_\_\_\_

**Avez-vous besoin de soutien 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:** \_\_\_\_\_

**Souffrez-vous 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: \_\_\_\_\_

**Avez-vous un fournisseur de soins primaires (Dr / IP)?** \_\_\_ Oui \_\_\_ Non

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

**Avez-vous un psychiatre?** \_\_\_ Oui \_\_\_ Non

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

**Date de l'hospitalisation psychiatrique la plus récente:** m \_\_\_ / j \_\_\_ / a \_\_\_

**Raison de l'admission:**

---

---

---

**Raison de la demande de services:**

- Raisons principales:

---

---

---

- Symptômes spécifiques de la maladie mentale:

---

- Idées ou tentatives de suicide: \_\_\_ oui \_\_\_ Non \_\_\_ Incertain

- Éducation et soutien pour faire face à ma 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:

---

---

---

**Recevez-vous un soutien ou des services supplémentaires actuellement accessibles 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>
---------------	------------------------	--

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Autorisez-vous l'ACSM à communiquer avec les services de soutien énumérés ci-dessus pour obtenir des renseignements plus détaillés? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non**

---

Signature du demandeur

---

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](http://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.*