

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME

A. CONDITIONS ESSENTIELLES

La personne :

1. Semble avoir une maladie mentale grave et persistante
2. Réside à Ottawa.
3. Est âgée de 16 ans ou plus. (Les adolescents peuvent avoir une entente spéciale avec la SAE.)
4. Parvient difficilement à vivre en société (fréquentes coupures dues, par exemple, à des hospitalisations).
5. A des limitations fonctionnelles qui l'empêchent ou pourraient l'empêcher de continuer à vivre en société.
6. A besoin d'un des **services** suivants :
 - une aide pour utiliser correctement les ressources disponibles (surutilise ou sous-utilise les ressources, de sorte que ses besoins ne sont pas remplis);
 - une aide pour avoir accès aux services;
 - une intervention pour faire changer les critères d'accès aux services ou pour développer une nouvelle ressource;
 - de l'aide/du soutien pour accepter les services requis par son état.
7. A besoin de **services de soutien** pour une ou plusieurs des raisons suivantes :
 - elle est isolée et dépourvue de tout soutien familial ou social.
 - elle manque de soutien professionnel.
 - le soutien de sa famille est problématique, menacé de disparaître ou inexistant.
 - elle présente une incapacité fonctionnelle dans plus d'un domaine : vie quotidienne, vie sociale, études, travail.

Définition du ministère de la Santé

- Présence d'un **diagnostic** de schizophrénie, de troubles graves de l'humeur, de troubles de la personnalité, de paranoïa ou d'autres psychoses, ou manifestation chez la personne d'un schème de comportement qui signale une maladie mentale grave et persistante.
- **L'invalidité** s'entend de l'incapacité de la personne d'organiser et d'accomplir ses activités quotidiennes en raison du trouble dont elle est atteinte.
- **La durée** de la maladie peut être établie d'après la **gravité** du premier épisode ou la nature chronique de la maladie.

B. CONDITIONS SOUHAITABLES (Ces indicateurs ne sont pas essentiels mais renforcent le besoin de gestion de cas.)

- Le client reconnaît avoir besoin de soutien à l'intérieur d'une période d'engagement de six mois.
- Le client reconnaît avoir besoin de se bâtir un réseau ou de le maintenir.
- Le besoin de services est urgent au moment où le cas du client est étudié.
- Le client est sans abri ou risque de se retrouver à la rue.
- Le client a d'autres besoins complexes.

C. AUTRES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ (Ces indicateurs peuvent aussi renforcer le besoin de services de soutien.)

- Perte à prévoir des principales sources de soutien (la famille, par exemple).
- Le service est nécessaire pour maintenir les récents progrès accomplis vers la réadaptation (p. ex., pour un client qui vient de quitter l'hôpital ou un logement supervisé).
- L'individu a des problèmes multiples nécessitant une coordination et une interrelation entre les systèmes de services.
- Présence d'un trouble concomitant
- Présence d'un diagnostic double

S.V.P. Cochez seulement une case :

- Équipes communautaires de traitement intensif d'Ottawa
OU
- Services de soutien communautaire en santé mentale – gestion de cas

DEMANDE DE SERVICE

Date de référence (J/M/A) : _____

SECTION I : Information sur le client

1) Données socio-démographiques

Nom : _____ Prénom : _____ Statut marital : _____

Date de naissance (J/M/A) : _____ Sexe : F M

Adresse : _____

Téléphone : (____) _____ Source de revenu : _____

Préférence au niveau de la langue : Français Anglais Autre : _____

2) De quelle façon le client décrit sa RACE :

- Autochtone
- Africaine
- Sud-asiatique (panjabi, bengali, gujarati, tamoule, etc.)
- Est-asiatique (Chine, Vietnam, Thaïlande, Laos, Philippines, Japon, Corée)
- Ouest-asiatique (originaire d'Arménie, d'Iran, de la Syrie, de la Turquie, de Jordanie, d'Israël)
- Croisement de races
- Autre
- Inconnue

3) ÉTUDES, Plus haut degré de scolarité atteint :

- Jamais allé à l'école
- Quelques années d'école primaire
- École primaire terminée
- Études secondaires ou formation professionnelle inachevées (9^e-11^e)

DEMANDE DE SERVICE

2) Diagnostic psychiatrique et santé physique

Diagnostic primaire : _____ Diagnostic secondaire : _____

Problèmes de santé physique : _____

Médication actuelle :

NOM ET DOSAGE	NOM ET DOSAGE

(Continuer sur feuille séparée au besoin)

3) Hospitalisations (depuis 2 ans)

DATE	DURÉE	ÉTABLISSEMENT

(Continuer sur feuille séparée au besoin)

4) Sans abri

Dates et durée de périodes sans abri depuis 2 ans : _____

5) Abus de substance

Est-ce que la personne fait usage abusif de substance(s) ? Oui Non

Si oui, précisez _____

6) Fonctionnement occupationnel

	Oui	Non
Rencontre ses besoins de base (logement, nourriture, soins personnels).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accomplit les activités de la vie quotidienne nécessaire à un fonctionnement de base en communauté (ex. : se rendre d'une place à l'autre, soins médicaux, hygiène personnelle).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maintient un logement sécuritaire (non expulsion ou perte du logement).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maintient une activité vocationnelle (école, travail, bénévolat ou d'emploi).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implication de la famille ou d'agence sociale.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédents suicidaires.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédents d'agression envers les autres.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-ce que cette personne a été déclarée « inapte à gérer ses biens ».....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-ce que cette personne a un Tuteur et Curateur Public	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-elle déclarée inapte pour prendre des décisions pour ses soins.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Y a-t-il un mandataire spécial (nom et lien).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DEMANDE DE SERVICE

7) Volet légal

Dates et durée des incarcérations depuis 2 ans : _____

Raisons/accusations : _____

Problèmes légaux au cours des deux dernières années : _____

Est-ce que la personne est sous l'Ordre de traitement communautaire ? μ Oui μ Non

Date de l'ordonnance : _____ Médecin signataire : _____

Est-ce que cette personne a été déclarée non responsable au plan criminel ? μ Oui μ Non

8) Autres services impliqués dans le suivi du client (coordonnées) :

NOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE

Veillez inclure le formulaire Consentement à divulgation de renseignements personnels sur la santé signé permettant la communication bilatérale avec les agences ci-dessous.

Est-ce que cette demande ainsi que le processus de l'évaluation ont été discutés avec :

Le client Oui Non

La famille Oui Non

Autres (précisez) : _____

Veillez inclure le Consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé signé donnant accès aux renseignements sur le client à l'Accueil central des équipes ACTT/ÉCTI et/ou des SSCSM en provenance de la source de référence et des hôpitaux impliqués par le passé.

*** Veuillez nous envoyer les informations suivantes :

- 1) Sommaire de la dernière hospitalisation psychiatrique
- 2) Rapport de consultation ou tout autre document significatif depuis les 2 dernières années

N.B. Veuillez noter que tout formulaire incomplet vous sera retourné.

S.V.P. Nous retourner le formulaire complété à l'adresse suivante :

Pour services de soutien communautaire (SSSMC)

a/s Association Canadienne
pour la santé mentale
1355, rue Bank, 3^e étage
Ottawa (Ontario) K1H 8K7
Téléphone : (613) 737-7791
Télécopieur : (613) 737-7644

Pour ÉCTI Gail Mulvihill

Royal Ottawa Hospital Health Care Group
Intensive Assessment and Intervention Program
Att: Coordonnatrice des demandes
205-1355 Bank Street
Ottawa, ON K1H 8K7
Téléphone : (613) 722-6521 ext. 7300
Télécopieur : (613) 739-8400

N.B. Si votre demande ne répond pas aux critères d'admission pour ces programmes, des suggestions pour d'autres ressources en santé mentale vous seront offertes.



**CANADIAN MENTAL
HEALTH ASSOCIATION**
**ASSOCIATION CANADIENNE
POUR LA SANTÉ MENTALE**

Ottawa Branch, Section d'Ottawa
1355 Bank Street, Suite 301
Ottawa, Ontario K1H 8K7
Tel: (613) 737-7791
Fax: (613) 737-7644

Consentement à la collecte, à la discussion et à la divulgation de renseignements personnels sur la santé aux fins de l'obtention de services de soutien communautaire en santé mentale

Je _____ (nom, date de naissance), consens à ce que la Section d'Ottawa de l'Association canadienne pour la santé mentale recueille des renseignements personnels sur ma santé pour les divulguer aux Services de soutien communautaire en santé mentale (SSCSM) et au Programme communautaire de traitement actif indiqués ci-dessous, et en discuter avec eux dans le but de déterminer quel organisme est en mesure de me fournir un soutien communautaire en santé mentale.

Par la présente, j'autorise également _____ (nom de la personne ou de l'organisme) à divulguer à la Section d'Ottawa de l'Association canadienne pour la santé mentale les renseignements personnels sur ma santé utiles à l'étude de mon dossier.

Je consens à recevoir des services de soutien communautaire en santé mentale de la Section d'Ottawa de l'Association canadienne pour la santé mentale dans l'éventualité où cet organisme est en mesure de me fournir les services dont j'ai besoin.

Je reconnais qu'on m'a remis un exemplaire du document « Comment la Section d'Ottawa de l'ACSM recueille et protège les renseignements personnels sur la santé ».

Je sais que je peux refuser de donner mon consentement et ne pas recevoir de services. Je sais également que je peux modifier ou annuler mon consentement en tout temps.

✓	SSCSM		
	Société canadienne de l'ouïe		Corporation Salus d'Ottawa
	Association canadienne pour la santé mentale		Project Upstream
	Horizons Renaissance		Hôpital Royal Ottawa
	Services de santé et services communautaires Pincrest-Queensway		Centre de santé communautaire Somerset Ouest
	Programme communautaire de traitement actif		

Je donne également mon autorisation à ce que l'Association canadienne pour la santé mentale, avec mon consentement verbal ultérieur, discute de ma situation avec des personnes et des organismes, et leur divulgue des renseignements personnels sur ma santé dans la mesure où c'est nécessaire, dans le but de plaider en mon nom pour que je sois accepté(e) dans un programme communautaire de traitement actif ou un service de soutien communautaire en santé mentale.

Date : _____

Signature : _____

Témoin : _____

Témoin (un second témoin est requis pour attester que le consentement verbal a été donné) :
