



Community Addiction and
Mental Health Services

Services communautaire de santé
mentale et de dépendances

Équipe de traitement communautaire dynamique (ETCD) Cornwall, Stormont, Dundas, Glengarry et Akwesasne

Formulaire de demande de services à l'ETCD présenté par le client ou la cliente

L'Équipe de traitement communautaire dynamique (ETCD) aide les personnes ayant des problèmes de santé mentale complexes, graves et persistants comme la schizophrénie, le trouble schizoaffectif ou le trouble bipolaire et qui peuvent également avoir un trouble lié à l'usage de substances. Une personne, un membre de la famille ou un fournisseur de services actuel peut présenter une demande de services en leur nom. L'équipe examine chaque semaine les cas qui lui sont soumis et effectue une évaluation pour déterminer l'admissibilité aux services de l'ETCD.

L'ETDC ne traite pas les personnes dont le diagnostic **principal** est un trouble de la personnalité, un trouble lié à l'usage de substances, la démence ou des troubles du développement ou celles dont les besoins cliniques et/ou comportementaux ne peuvent être satisfaits en toute sécurité dans la communauté.

Les services offerts comprennent :

- Détermination et atteinte des objectifs individuels (tels que les aptitudes à la vie quotidienne, l'éducation, les finances, les loisirs);
- Évaluation des symptômes, prise en charge et éducation;
- Counseling de soutien et psychothérapie liés à la santé mentale et/ou à l'usage de substances;
- Éducation concernant les médicaments ainsi que l'administration et le suivi des ordonnances.

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, appelez le 613 361-6363, poste 8790, et un membre du personnel se fera un plaisir de vous aider.

Assurez-vous de joindre tous les renseignements pertinents à la demande :

- ✓ Liste à jour des médicaments (pris auparavant et actuellement);
- ✓ Consentement du client ou de la cliente? (signé par le client ou la cliente et un témoin);
- ✓ Rapports de consultation ou autres documents importants datant des deux dernières années.

Envoyez le formulaire de demande dûment rempli par la poste ou par télécopie à :

Services communautaires de santé mentale et de dépendances

À l'attention de l'ETCD

850, av. McConnell, Cornwall (Ontario) K6H 4M3

Téléphone : 613 361-6363, poste 8790 Sans frais : 1 844 361-6363

Télécopieur : 613 361-6364, à l'attention de l'ETCD

Sachez que tous les formulaires incomplets seront renvoyés à l'expéditeur.



Formulaire de demande de services à l'ECTD présenté par le client ou la cliente

Date de la demande de services (jj/mm/aaaa) : _____

SECTION 1 : Renseignements sur le client ou la cliente

Nom de famille : _____ Prénom : _____

État civil : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Identité de genre : Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :

Femme Homme De genre queer ou de genre fluide Non binaire En questionnement ou incertain Personne bispirituelle Ne sait pas Préfère ne pas répondre Autre : _____

Vous vous identifiez comme transgenre : Oui Non Ne sait pas Préfère ne pas répondre

Pronoms à utiliser :

Il/lui/le Il/iel Elle/la Elle/iel Iel/ellui/le-a

Adresse : _____

Type de logement actuel (location, sans adresse fixe, logement supervisé, etc.) :

Numéro de téléphone : _____ Un message confidentiel peut-il être laissé à ce numéro? Oui Non

Autochtone : Oui Non Langue : Anglais Français Autre : _____

Nº de carte Santé : _____ Code de version : _____ Date d'expiration : _____

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence : _____

Numéro de la personne à contacter en cas d'urgence : _____

Plus haut niveau de scolarité atteint : _____



SECTION 2 : Raison de la demande de services

Brève description des symptômes et du diagnostic :

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE ET ÉTAT DE SANTÉ :

Diagnostic principal : _____ Diagnostic secondaire : _____

Handicaps et/ou considérations particulières : _____

Age à l'apparition de la maladie : _____

MÉDICAMENTS ACTUELS : Joignez une feuille séparée si nécessaire.

HOSPITALISATIONS : Indiquez les dates, la durée et l'établissement. Joignez une feuille séparée si nécessaire.

Âge à la première hospitalisation : _____

DATE	DURÉE	ÉTABLISSEMENT



SÉCURITÉ DU LOGEMENT :

Situation d'itinérance au cours des deux dernières années : Oui Non
Si oui, indiquez les dates.

Dates : _____

USAGE DE SUBSTANCES :

Problèmes liés à l'usage de substances : Oui Non

Thérapie actuelle ou antérieure : Oui Non

Si oui, précisez (y compris le programme/l'établissement de thérapie) :

CAPACITÉS FONCTIONNELLES :

Le client ou la cliente (vous) :	Oui	Non
arrive à subvenir à ses besoins de base (logement, nourriture).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
effectue les activités de la vie quotidienne nécessaires au fonctionnement de base dans la communauté (c.-à-d. déplacements, soins médicaux, hygiène personnelle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maintient un logement sûr (pas d'expulsion ni de perte de logement).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
réalise une activité professionnelle (études, bénévolat ou emploi).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bénéficie du soutien de sa famille et/ou de son réseau social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a des antécédents de tentatives de suicide/d'idées suicidaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a des antécédents de violence à l'égard d'autrui ou d'automutilation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a été déclaré financièrement inapte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a fait l'objet d'une intervention du Tuteur et curateur public.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a été déclaré inapte à prendre des décisions concernant son traitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a un mandataire spécial (si oui, fournir les coordonnées ci-dessous).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom du mandataire spécial

Lien

Téléphone

QUESTIONS JURIDIQUES :

Faites-vous l'objet d'accusations criminelles ou devez-vous comparaître prochainement devant un tribunal?

Oui Non

Si oui, précisez :



Motifs/accusations : _____

Ordonnance du tribunal : _____

Faites-vous l'objet d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire? Oui Non

Date de délivrance (jj/mm/aaaa) : _____ Médecin : _____

Avez-vous été déclaré(e) non criminellement responsable? Oui Non

AUTRES SERVICES CONCERNÉS :

NOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE

Avez-vous discuté de cette demande de services et de l'évaluation potentielle avec :

Famille/mandataire spécial : Oui Non

Autre (précisez) : _____

ÉVALUATION DE LA VIOLENCE/DE L'AGRESSIVITÉ

Antécédents connus de violence : Incidents antérieurs Incidents actuels Aucun

COMPORTEMENT ET RISQUE

Indiquez si vous avez eu récemment l'un ou l'autre des comportements suivants :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Manque de coopération | <input type="checkbox"/> Violence verbale | <input type="checkbox"/> Agressivité envers des objets |
| <input type="checkbox"/> Menaces | <input type="checkbox"/> Brutalité/agressivité | <input type="checkbox"/> Aucun comportement agressif |



Facteurs de risque/déclencheurs connus (*inscrivez « aucun » s'il n'y a pas de facteurs de risque ou de déclencheurs connus ou si cette question ne s'applique pas*)

Stratégies d'atténuation des facteurs de risque/déclencheurs connus (*indiquez « aucune » s'il n'y a pas de stratégie d'atténuation connue ou si cette question ne s'applique pas*)

Niveau de risque : Faible Modéré Élevé

Stratégies/interventions actuelles d'atténuation des risques (*indiquez « aucune » s'il n'y a pas de stratégie ou d'intervention d'atténuation des risques*)

Commentaires supplémentaires



Équipe de traitement communautaire dynamique Consentement du client ou de la cliente

L'Équipe de traitement communautaire dynamique (ETCD) est une équipe multidisciplinaire qui travaille avec de nombreux fournisseurs de services communautaires. Pour faciliter le processus, nous vous demandons l'autorisation de discuter de votre demande de services avec l'équipe et avec d'autres fournisseurs de services qui participent à vos soins.

Apposez votre signature ci-dessous pour donner votre consentement.

Nom du client ou de la cliente (en caractères d'imprimerie)	Signature	Date (jj/mm/aaaa)	
Si vous n'êtes pas le client ou la cliente, inscrivez votre nom et votre lien avec cette personne et signez ci-dessous :			
Nom (en caractères d'imprimerie)	Signature	Lien	Date (jj/mm/aaaa)
Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)	Nom du témoin	Signature	Date (jj/mm/aaaa)