

# Équipe communautaire de traitement intensif

## Services d'inscription centralisés

### PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE

L'équipe communautaire de traitement intensif (ECTI) aide les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique sérieuse, complexe et chronique ayant nécessité de nombreuses hospitalisations d'une durée minimale de 50 jours au cours de la dernière année, ou pendant une période de 150 jours dans les dernières trois années. La personne atteinte peut elle-même se référer à ces services, ou elle peut être aiguillée par un membre de sa famille ou par son soutien traitant. L'équipe de triage centralisée examine toutes les demandes de services pour les ECTI de la région d'Ottawa. Le client est ensuite évalué pour déterminer s'il est éligible pour les services de l'ECTI.

#### Les services fournis comprennent:

- Identification et atteinte d'objectifs individuels (p. ex. : aptitudes à la vie quotidienne, ou objectifs professionnels, éducatifs, financiers, récréatifs, etc.);
- Services d'urgence en dehors des heures normales de bureau pour les clients de l'ECTI;
- Évaluation des symptômes, gestion et éducation;
- Counseling de soutien;
- Éducation sur les médicaments, administration et surveillance des ordonnances.

#### Veillez faire parvenir le formulaire à l'adresse suivante :

##### Services de l'ECTI :

c/o Coordinatrice de l'inscription

1145, avenue Carling

Ottawa (ON) K1Z 7K4

Téléphone : 613.722.6521 poste, 7325

Télécopieur : 613.739.8400

**VEUILLEZ NOTER QUE TOUT FORMULAIRE INCOMPLET SERA RETOURNÉ  
À L'EXPÉDITEUR**



# Équipe communautaire de traitement intensif

## Services d'inscription centralisés

### PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE

#### CONSENTEMENT DU CLIENT

Demande de services de santé mentale communautaire de longue durée

Les équipes communautaires de traitement intensif (ECTI) et les services de gestion de cas intensive travaillent en collaboration. Afin de simplifier le processus, nous vous demandons l'autorisation d'examiner votre demande de services lors de nos rencontres conjointes mensuelles ainsi qu'avec d'autres fournisseurs de services qui participent à vos soins.

*Veillez signer ci-dessous pour donner votre consentement.*

Date : \_\_\_\_\_

Nom du client : \_\_\_\_\_  
(Veillez écrire en lettres moulées)

Signature du client : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Lorsque signé par une autre personne, indiquer son nom en lettres moulées, le lien avec le client et signer)

Nom du témoin : \_\_\_\_\_  
(Veillez écrire en lettres moulées)

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

#### Partenaires de gestion de cas – SSCSM

Société canadienne de l'ouïe

Association canadienne pour la santé mentale, Ottawa

Horizons Renaissance Inc.

Services aux immigrants d'Ottawa

Coportation Salus d'Ottawa

Services de santé et services communautaires Pinecrest-Queensway

Project Upstream

Services de santé Royal Ottawa (SSRO)

Centre de santé communautaire Somerset Ouest



# Équipe communautaire de traitement intensif

## Services d'inscription centralisés

### PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE

Date de la demande de service (aiguillage)    JJ /    MM /    YY

#### SECTION 1 : Renseignements sur le client

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ État matrimonial : \_\_\_\_\_

Date de naissance    JJ /    MM /    AA

Sexe :  F  M

Adresse :

Téléphone:    /    /   

Source de revenu : \_\_\_\_\_

Autochtone :  Oui  Non

Langue :  Français  Anglais  Autre : \_\_\_\_\_

Numéro de carte santé : \_\_\_\_\_

Contact en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité atteint : \_\_\_\_\_

#### SECTION 2: Source d'aiguillage

Source d'aiguillage primaire :

Organisme : \_\_\_\_\_

Adresse :

Téléphone :    /    /   

Télécopieur :    /    /   

Courriel : \_\_\_\_\_

**SECTION 3: Raison de la demande de service (aiguillage)**

Expliquez brièvement :

**DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE ET ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE :**

Diagnostic PRIMAIRE : \_\_\_\_\_ SECONDAIRE : \_\_\_\_\_

Problèmes de santé physique : \_\_\_\_\_

Âge à l'apparition de la maladie : \_\_\_\_\_

**MÉDICAMENTS ACTUELS :** *Veillez utiliser une feuille séparée.*

**HOSPITALISATIONS :** *Veillez inclure les dates, la durée et l'établissement. Poursuivre sur une feuille séparée au besoin.*

Âge à la première hospitalisation : \_\_\_\_\_

DATE	DURÉE	ÉTABLISSEMENT

**SANS-ABRI (ITINÉRANCE) :** *Veillez indiquer les dates et la durée des périodes d'itinérance dans les 2 dernières années.*

**TOXICOMANIE (CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES) :**

Est-ce que le client a un problème de toxicomanie?

Oui

Non

Si oui, veuillez préciser :

### CAPACITÉS FONCTIONNELLES :

Oui Non

Capable de répondre à ses besoins de base (*logement, nourriture*)

Accomplit les activités de la vie quotidienne nécessaires pour fonctionner dans la communauté  
(*ex. : se déplacer, soins médicaux, hygiène personnelle*)

Maintient un logement sécuritaire (*pas d'expulsion ou de perte de logement*)

Maintient un activité professionnelle ou de formation (*études, bénévolat ou emploi*)

Implication de la famille ou du réseau social

Antécédents de tentatives de suicide

Antécédents d'agression envers les autres

Déclarée « inapte à gérer ses biens »?

A un tuteur et curateur public?

Déclarée inapte à prendre des décisions concernant ses soins?

A un mandataire spécial? (*Si oui, indiquer son nom et son lien*)

Nom

Relation

Téléphone

### VOLET JURIDIQUE :

Dates et durée des incarcérations dans les 2 dernières années :

Raisons/accusations : \_\_\_\_\_

Ordonnance du tribunal : \_\_\_\_\_

Cette personne a-t-elle reçu une ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)?  Oui  Non

Date de l'ordonnance : DD / MM / YY Médecin signataire : \_\_\_\_\_

Est-ce que cette personne a reçu un verdict de non-responsabilité criminelle?  Oui  Non

### AUTRES SERVICES :

Nom	ADRESSE	TÉLÉPHONE

Est-ce que les personnes suivantes sont informées de cette demande de services et de l'éventuel processus d'évaluation?

Client  Oui  Non

Famille  Oui  Non

Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ VOUS ASSURER D'INCLURE TOUS LES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS. COCHEZ LES CASES CI-DESSOUS.**

- Consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé signé par le client
- Sommaires (admission/congé) des hospitalisations psychiatriques des 2 dernières années
- Consultation ou tout autre document pertinent depuis les 2 dernières années
- Antécédents médicaux ou sociaux

## **LISTE DE CONTRÔLE D'ÉVALUATION DE LA VIOLENCE/AGRESSIVITÉ**

Est-ce que le client a des antécédents connus de violence?  Oui  Non

### **COMPORTEMENT ET RISQUE**

Veuillez indiquer ci-dessous si le patient a récemment manifesté l'un des types de comportement suivants :

- Non coopératif
- Violence verbale
- Hostile/attaque des objets
- Menaces
- Agressif/combattif
- Aucun comportement agressif

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

**Stratégies d'atténuation pour les facteurs de risque ou déclencheurs connus** (Inscrire « aucun » s'il n'y a pas de stratégies d'atténuation, ou si cette question ne s'applique pas.)

**Niveau de risque**  Faible  Modéré  Élevé

**Stratégies d'atténuation ou interventions courantes** (Inscrire « aucun » s'il n'y a pas de stratégies d'atténuation ou d'interventions.)