

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME

A. CONDITIONS ESSENTIELLES

La personne :

1. A un diagnostic de maladie mentale grave et persistant.
2. Est un résident d'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 (par exemple, fréquentes hospitalisations).
5. Le client n'a pas plus de 64 ans.
6. A des limitations fonctionnelles qui l'empêchent ou pourraient l'empêcher de continuer à vivre en société.
7. A besoin d'un des **services** suivants :
 - une aide pour obtenir les ressources appropriées dans la communauté. Soit le client surutilise ou sous-utilise les ressources, de sorte que ses besoins ne sont pas remplis;
 - une aide pour avoir accès aux services;
 - de l'aide ou du soutien pour accéder aux services nécessaires.
8. A besoin de **services de soutien** pour une ou plusieurs des raisons suivantes :
 - est isolée de tout soutien familial ou social.
 - manque de soutien professionnel.
 - le soutien de sa famille est problématique ou inexistant.
 - présente une faiblesse fonctionnelle dans plus d'un domaine : vie quotidienne, sociale, études, ou 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 un trouble de santé mentale grave et persistant.
- **L'invalidité** s'entend de l'incapacité de la personne pour s'organiser et accomplir ses activités de sa vie quotidiennes.
- **La durée** du trouble peut être établie d'après l'intensité du premier épisode psychotique ou la sévérité du trouble de santé mentale.

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

- Le client consent à recevoir du soutien communautaire.
- Le client reconnaît avoir besoin de se bâtir un réseau ou de le maintenir.
- Le client est sans abri ou risque de se retrouver sans abri.
- Le client a d'autres besoins complexes.

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

- Perte prévue des sources de soutien primaire (par exemple, la famille).
- Le service est nécessaire pour maintenir le rétablissement dans la communauté (par exemple, suite à un congé d'hospitalisation).
- L'individu a des troubles complexes qui nécessitent de l'aide pour faciliter une coordination entre divers services.
- Présence d'un trouble concomitant
- Présence de plus qu'un diagnostic

Service de soutien communautaire en santé mentale

1355 rue Bank, Suite 301
Ottawa, ON K1H 8K7 T él: 613- 737-7791
Télécopieur: 613- 737-7644
TDD: 613-737-9480
Site web: www.ottawa.cmha.ca

Bureau Seulement

- Évaluation
 Re-évaluation
 Agence: _____

Demande de service

Êtes-vous un client du passé d'ACSM ou une autre agence (ex. Salus, SWCHC, etc) : Oui Non

Si oui, SVP indiquer quelle agence : _____

Nom et prénom: _____ Date de naissance (J/M/A): _____ Âge: _____

Êtes-vous d'origine inuit/métis/premières nations? Oui Non Êtes-vous un vétéran de guerre? Oui Non

Genre : homme femme transgenre préfère ne pas divulguer autre(s) _____

Adresse: _____ Téléphone: _____

Code postale: _____ Adresse courriel: _____

Personne qui remplit ce document:

Référant(e) (nom et adresse ou organisme): _____ Téléphone: _____

Contact d'urgence: _____ Téléphone: _____

Déterminants pour service (S.V.P indiquer le diagnostic primaire et secondaire):

DIAGNOSTIC CLINIQUE PRIMAIRE DE SANTÉ MENTALE

Schizophrénie Troubles de l'humeur Troubles d'anxiété Abus de substance (s)
médicaments: _____ *(indiquer ce qui est consommé)*

Individu avec épisodes graves de maladie mentale et est invalidé par son problème; Dans l'incapacité de se rendre à ses rendez-vous et suivre son plan de traitement sans soutien communautaire

symptômes psychotiques/historique d'agression et/ou comportement violent

Psychiatre: _____ Téléphone: _____

TROUBLES DE PERSONNALITÉS ET DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (SVP indiquer):

Double diagnostic où la personne est non-éligible pour des soutiens communautaires pour déficience intellectuelle
Êtes-vous éligible pour les services de DSO-ER? Oui Non

Trouble de personnalité coexistent avec diagnostic primaire

TROUBLES DE SANTÉ PHYSIQUE (indiquer tous les troubles physiques):

Abus de tabac

Nécessite du soutien pour son plan de traitement en raison de problèmes médicaux qui nécessitant de l'éducation et qui peut affecter le bien-être et le suivi de l'individu et sa santé mentale

Pas de médecin de famille

Médecin famille: _____ Téléphone: _____

Pharmacie: _____ Téléphone: _____

d'assurance maladie: _____ Code de version: _____ Date d'expiration: _____

PSYCHOSOCIALE AND VIE QUOTIDIENNE (SVP INDIQUER TOUS LES TROUBLES SUIVANTS POUR LE CLIENT) :**Soutien primaire:** **Troubles de soutien primaire:****Soutiens autour du client? Ami(e)/famille?**

- Implication de la famille ou d'agence sociale
- Abus domestique
- Besoin de soutien avec ses enfants

Environnement social: **Troubles avec l'environnement social:****Le temps libre est passé comment?**

- Limité à faire des activités

Études/Activité vocationnelle : **Troubles d'apprentissage:**
Plus haut degré de scolarité atteint: _____ **Troubles à maintenir une activité vocationnelle:**
Dernière date du travail: _____**Expérience d'emploi/bénévolat/travail**

- Buts d'études non atteints
- Nécessite du soutien pour atteindre ses buts éducationnels
- Troubles d'alphabétisations
- Buts de travail non atteints
- Nécessite du soutien pour atteindre ses buts vocationnels
- Intéressé à retourner au travail ou faire du bénévolat
- Intéressé à retourner aux études

Logement: (indiquer le coût du logement): **Sans abri:****Durée de la période sans-abri (indiquer depuis 2 ans):**
_____**Application avec le registraire complété :** Oui Non **Où est-ce que le client habite?**

- Difficulté à maintenir un logement sécuritaire (non expulsion ou perte du logement)
- Difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne (se rend d'une place à l'autre, nourriture, soins personnel, etc.)

Source de revenu et montant: **Trouble financière:**POSPH _____ Aide sociale _____ Autre _____

- Difficulté à accéder ou maintenir des prestations sociales
- Troubles à gérer un budget
- Déclarée inapte – à un Tuteur et Curateur Publique

Autres services impliqués? (i.e. Salus, Le Royal, etc): Non Oui (SVP indiquer) _____

Motif de la référence pour le soutien communautaire (expliquer brièvement) :

Préférence de la langue de service: _____ Préférence du genre du travailleur: _____

Référant(e): _____ Date de référence: _____
(signature)

Consentement:

Le consentement du client potentiel est requis pour permettre à l'ACSM division Ottawa de ramasser et garder de l'information recueilli dans ce document. S'il-vous-plaît, inclure le formulaire du consentement signé <<consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé>>. Si le consentement écrit n'est pas possible, SVP obtenir un consentement verbal. L'indiquer en signant votre signature sur le formulaire de consentement avec celui du deuxième témoin.

*****La demande de service sans le consentement ci-dessus et/ou en absence du diagnostic primaire et sans motif de référence, ne sera pas acceptée. Veuillez-nous aviser s'il y a changement avec votre adresse et numéro de téléphone*****

Formulaire du consentement ci-inclus, signé par le client potentiel: oui non

Formulaire du consentement ci-inclus, signé par deux témoins pour consentement verbal: oui non

BUREAU SEULEMENT

Date Reçu: _____ Accepté dans nos services: Oui Non

Raison pour laquelle le client n'a pas été accepté et ressource(s) offert: _____



Canadian Mental
Health Association
Ottawa
Mental health for all

Association canadienne
pour la santé mentale
Ottawa
La santé mentale pour tous

1355 rue Bank, Suite 301
Ottawa, Ontario K1H 8K7
Tél: (613) 737-7791
Télécopieur: (613) 737-7644
TDD : 613-737-9480

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		
	Association canadienne pour la santé mentale		Corporation Salus d'Ottawa
	Montfort Renaissance		Upstream Ottawa
	Services de santé communautaire Pinecrest-Queensway		Le Royal Santé Mentale (Soins et recherche)
	Centre de santé communautaire Côte-de-Sable		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) :
