

## Services en santé mentale adulte (SMA) – Formulaire de référence

### Pour les prestataires de services référents :

- Les références sont les bienvenues de la part des médecins de famille et des infirmières praticiennes, des autres secteurs du CSCHN et des partenaires communautaires.
- Les clients sont également invités à se référer eux-mêmes.
- L'équipe de santé mentale adulte (SMA) n'offre pas les services suivants :
  - Évaluation des diagnostics
  - Évaluation et gestion des médicaments
  - Évaluation juridique ou pour les compagnies d'assurance
  - Psychothérapie de longue durée

### Pour votre client :

- Veuillez vous assurer que votre client a été informé de la demande de référence.
- Les clients seront contactés pour compléter une évaluation initiale avant de rencontrer un thérapeute et/ou un travailleur de cas.
- Deux tentatives seront faites pour contacter le client. Si aucun contact n'est établi, une lettre sera envoyée au prestataire de soins référent et/ou au client.
- Certains services peuvent avoir un délai d'attente.

### Comment référer un client aux services en santé mentale adulte (SMA) :

- Pour référer un client en interne, veuillez remplir le formulaire de référence dans le dossier du client et envoyer une demande de référence. Pour les références externes, veuillez faxer le formulaire de référence au **905-734-1017**.
- Les pages 1 et 2 doivent être complétées entièrement pour toutes les références.
- **ÉVITEZ LES DÉLAIS** - Les demandes incomplètes peuvent retarder les services offerts à votre client. Vérifiez que toutes les sections du formulaire de référence soient complétées et que toutes les informations nécessaires soient incluses. Les demandes incomplètes ne seront traitées que lorsque toutes les informations auront été reçues.
- Pour plus d'informations, appelez le 905-734-1141, poste 2222.

### Descriptions des services :

#### Thérapie individuelle

- Basée sur des approches thérapeutiques reconnues
- Évaluation des forces et des besoins
- Counseling et psychothérapie à court terme (12 séances au maximum), services d'éducation et de soutien
- Animation d'ateliers et de groupes thérapeutiques

#### Gestion de cas

- Soutenir le développement personnel de l'individu (ex : fixation d'objectifs, capacité d'adaptation au quotidien, création de routines)
- Assurer la liaison et/ou la référence vers des agences communautaires (ex : trouver un médecin de famille, des opportunités de bénévolat, de l'accompagnement, de l'emploi)
- Aider pour remplir les formulaires (ex : programmes financiers gouvernementaux, logements à revenus fixes)

#### Critères d'inclusion :

- 18 ans et plus
- Résider dans les régions de Niagara ou de Hamilton

#### Critères d'exclusion :

- Le client présente des symptômes d'une maladie mentale sévère et complexe (ex : troubles psychotiques, troubles délirants, troubles bipolaires, troubles cognitifs) avec ou sans clarification diagnostique d'un psychiatre (déterminé au cas par cas)
- Le patient est mandaté par un tribunal de participer à des services de santé mentale
- Le patient est incapable de consentir et/ou de s'engager dans la thérapie avec ou sans la présence d'un tiers représentant.

## Services en santé mentale adulte (SMA) – Formulaire de référence

Date de référence (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Information du patient		
<b>Nom</b> Prénom : _____ Nom de famille : _____		<b>Nom préféré (le cas échéant) :</b> _____
<b>Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :</b> _____	<b>Genre :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Intersexué <input type="checkbox"/> Trans-homme <input type="checkbox"/> Trans-femme <input type="checkbox"/> Bi-spirituel <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère pas répondre	<b>Pronoms préférés :</b> <input type="checkbox"/> Il/lui <input type="checkbox"/> Elle/la <input type="checkbox"/> Iel Autre : _____
<b>Informations de la carte Santé:</b> # de la carte Santé : _____ Code de version : _____		
<b>Adresse du client :</b> Adresse : _____ # de l'unité : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____		
<b>Coordonnées du client :</b> # de tél. principal : _____ Messagerie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non # de tél. secondaire : _____ Messagerie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Adresse courriel : _____		
<b>Avez-vous besoin de mesures d'adaptation (accessibilité) ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>Si oui</u> , veuillez préciser : _____		

Informations sur le prestataire référent	
<b>Nom</b> Prénom : _____ Nom de famille : _____	
<input type="checkbox"/> Médecin de famille/IP <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<b>Adresse du prestataire référent :</b> Adresse : _____ # de l'unité : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postale : _____	
<b># de téléphone :</b> _____	<b># de fax:</b> _____
<b>Le client a-t-il présentement un psychiatre ?</b> <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <b>Le client a-t-il déjà été suivi par un psychiatre ?</b> <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
<b>*Si oui, veuillez faire référence aux notes de consultation pertinentes dans le dossier.</b>	

Raison de la référence	
Veuillez indiquer la raison principale (préciser les diagnostics, les symptômes présents, les problèmes présentés, les besoins psychosociaux et les historiques) :  _____  _____  _____	Veuillez sélectionner le(s) service(s) que vous demandez pour votre client :  <input type="checkbox"/> Thérapie individuelle <input type="checkbox"/> Gestion de cas

## Services en santé mentale adulte (SMA) – Formulaire de référence

### Consommation de substances

Le cas échéant, veuillez indiquer les substances utilisées actuellement, la quantité, la fréquence d'utilisation, etc. :

### Risques et questions de sécurité

Facteurs de risque	Présent (dans les 3 derniers mois)		Passé (dans les 3 mois ou plus)		Détails
	Oui	Non	Oui	Non	
Idéation suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tentative(s) de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comportement d'automutilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Idéation homicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comportement violent/problèmes de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Médicaments

Médicaments	Actuel	Réponses et effets secondaires
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### Historique des soins de santé mentale

Organisations, hôpitaux ou thérapies impliqués au cours des deux dernières années	Décrire l'implication (ex : nature des services, durée, résultats, etc.)

### Antécédents médicaux et développementaux pertinents

Veuillez indiquer les limitations, ou handicaps (physique, cognitif ou intellectuel), neurodiversité ou autres, le cas échéant.

\*Je confirme que mon client a été informé de cette demande et qu'il a consenti à la collecte, à l'utilisation et/ou à la communication des renseignements personnels sur la santé dans le but de fournir ou d'aider à fournir des soins de santé.

Oui  Non

Signature du prestataire référent : \_\_\_\_\_

**Partenaires externes - FAXEZ LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE COMPLÉTÉ (2 PAGES) AU 905-734-1017**

Veuillez noter que notre programme n'est pas un service de soutien d'urgence et qu'il y a une liste d'attente.

Le programme propose jusqu'à 12 séances de psychothérapie en plus d'un soutien psychosocial.