Services en santé mentale enfance-jeunesse (SMEJ) – Formulaire de référence

COMMENT RÉFÉRER UN JEUNE AUX SERVICES EN SANTÉ MENTALE ENFANCE-JEUNESSE (SMEJ) :

- Si vous référez un jeune ou leur famille à l'interne, veuillez remplir le formulaire de référence dans le dossier et envoyer une demande de référence. Pour les références externes, veuillez faxer le formulaire de référence au **905-734-1017** ou envoyer un courriel crypté à **keeley.sims@cschn.ca.** Pour plus d'informations, veuillez appeler 905-734-1141 ext. 2222.
- Les pages 1 et 2 doivent être complétées entièrement pour toutes les références.
- Éviter les délais - Les demandes incomplètes peuvent retarder les services offerts au jeune. Vérifiez que toutes les sections du formulaire de référence sont complètes et que toutes les informations nécessaires sont incluses. Les demandes incomplètes ne seront pas traitées tant que toutes les informations n'auront pas été reçues.

DESCRIPTIONS DES PROGRAMMES :

Service de thérapie et de thérapie brève

- Fondé sur des approches thérapeutiques reconnues
- Dépistage des forces et des besoins
- Services de counseling et de psychothérapie, d'éducation et de soutien aux enfants, ados et parents
- Animation de groupes thérapeutiques

Sensibilisation/Gestion de cas

- Soutenir le développement des compétences de base (ex : soins personnels, santé et bien-être, communication et résolution de problèmes)
- Liaison et aiguillage avec les agences communautaires
- Soutenir le développement des compétences de vie autonome (ex : trouver et gérer un logement, prendre et assister à des rendez-vous)
- Défendre la cause des enfants et des ados francophones et de leurs familles auprès d'autres organisations

Habilités parentales

- Destiné aux parents et/ou tuteurs/tutrices légaux
- L'enfant n'a pas besoin de recevoir des services thérapeutiques mais doit être client(e) enregistré
- Facilite la mise en œuvre de stratégies parentales adaptées afin d'améliorer la qualité relationnelle de la famille
- Service individuel et/ou ateliers de groupes

Prévention ciblée

- Ateliers à l'intention des jeunes et leurs parents et/ou tuteurs/tutrices légaux
- Ateliers éducatif et campagnes d'identification des problèmes de santé mentale et psychosociale
- Ateliers offerts au CSCHN et dans les écoles

CRITÈRES D'INCLUSION :

- Être francophone ou inscrit dans une école de langue française ou d'immersion
- Résider dans les régions de Niagara ou Hamilton
- *Avoir 17 ans ou moins
- *Être parent ou tuteur/tutrice d'une jeune francophone (*habilités parentales seulement)

CRITÈRES D'EXCLUSION :

- Les demandes d'évaluations imposées par un tribunal, d'évaluations parentales et d'évaluations d'assurance ne seront pas acceptées
- Les problèmes urgents qui sont mieux traités dans un service d'urgence (ex : suicidalité active)

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE COMPLÉTÉ (2 PAGES) ET JOINDRE TOUS LES RAPPORTS MÉDICAUX, SCOLAIRES, CONSULTATIONS PERTINENTS, ET LES CONTRATS DE GARDE D'ENFANTS EN VIGUEUR, LE CAS ÉCHÉANT.

NOUS NE POUVONS PAS COMMENCER À TRAITER LA DEMANDE SANS LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE COMPLÉTÉ.

NE PAS FAXER

Centre de santé communautaire
Votre bien-être, notre raison d'être!
HAMILTON | NIAGARA

Services en santé mentale enfance-jeunesse (SMEJ) – Formulaire de référence

Date de référence (JJ/MM/AAAA): _____

Information du client		
Prénom: **Nom de famille:**		**Nom préféré** (le cas échéant):
Date de naissance (JJ/MM/AAAA):	**Genre:** ☐ Homme ☐ Femme ☐ Intersexué ☐ Trans-homme ☐ Trans-femme ☐ Bi-spirituel ☐ Autre : _____ ☐ Ne sais pas ☐ Préfère de pas répondre	**Pronoms préférés:** ☐ Il/lui ☐ Elle/la ☐ Iel Autre : _____
Informations de la carte de santé: # de carte de santé: _____ Code de version: _____		
Adresse du client: Adresse: _____ # de l'unité: _____ Ville: _____ Province: _____ Code postale: _____		
Y a-t-il des problèmes d'accessibilité ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez préciser: _____		

Coordonnées des parents/tuteurs/tutrices et/ou du client		
Nom du parent/tuteur/tutrice :	**Relation avec le client :**	**Permissions :** ☐ Autorisation de divulgation ☐ Contact d'urgence ☐ Contact principal
Adresse du parent/tuteur/tutrice (si différente du client) : Adresse: _____ # de l'unité: _____ Ville: _____ Province: _____ Code postale: _____		
Coordonnées du parent/tuteur/tutrice : # de tél. principale: _____ Messagerie: ☐ Oui ☐ Non # de tél. alternatif: _____ Messagerie: ☐ Oui ☐ Non Adresse courriel: _____		
Coordonnées du client (le cas échéant) : # de tél. principale: _____ Messagerie: ☐ Oui ☐ Non # de tél. alternatif: _____ Messagerie: ☐ Oui ☐ Non Adresse courriel: _____		
Existe-t-il un arrangement concernant la garde des enfants? ☐ Oui (choisir le type ci-dessous) ☐ Non ☐ Garde légale conjointe ☐ Garde partagée ☐ Garde exclusive ☐ Garde alternée ☐ Autre : _____		

Informations sur le prestataire référent		
Prénom: **Nom de famille:**		☐ Prestataire de soins primaires ☐ Conseil scolaire ☐ Agence d'aide à l'enfance ☐ Autre: _____
Nom de l'agence (le cas échéant) : **Rôle :**		
Adresse du prestataire référent: Adresse: _____ # de l'unité: _____ Ville: _____ Province: _____ Code postale: _____		
# de tél:	**# de fax:**	

Centre de santé communautaire
Votre bien-être, notre raison d'être!
HAMILTON | NIAGARA

Services en santé mentale enfance-jeunesse (SMEJ) – Formulaire de référence

Raison du renvoi	
Veuillez indiquer la raison principale du renvoi (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 : ☐ Thérapie/thérapie brève ☐ Sensibilisation/gestion de cas ☐ Prévention ciblée ☐ Habilités parentales (pour les parents/tuteurs seulement)

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

Risques et questions de sécurité					
Problème de risque	**Présent (dans les 3 derniers mois)**		**Passé (3 mois ou plus)**		**Détails**
	Oui	**Non**	**Oui**	**Non**	
Idéation suicidaire	☐	☐	☐	☐	
Tentative(s) de suicide	☐	☐	☐	☐	
Comportement d'automutilation	☐	☐	☐	☐	
Idéation homicide	☐	☐	☐	☐	
Comportement violent/problèmes de sécurité	☐	☐	☐	☐	

Médicaments		
Médicament	**Actuel**	**Réponse et effets secondaires**
	☐ Oui ☐ Non	
	☐ Oui ☐ Non	
	☐ Oui ☐ Non	
	☐ Oui ☐ Non	
	☐ Oui ☐ Non	

Centre de santé communautaire
Votre bien-être, notre raison d'être!
HAMILTON | NIAGARA

Services en santé mentale enfance-jeunesse (SMEJ) – Formulaire de référence

Histoire des soins de santé mentale	
Organisations, hôpitaux ou thérapies impliqués au cours des deux dernières années	**Décrire l'implication**

Antécédents médicaux et développementaux pertinents
Veuillez indiquer tout handicap (physique, cognitive ou intellectuelle), neurodiversité ou autres, le cas échéant.

*Je confirme que le client est au courant de cette demande et qu'il a consenti pour recueillir, utiliser ou communiquer les renseignements personnels sur la santé dans le but de fournir des soins de santé ou d'aider à fournir des soins de santé.
☐ Oui ☐ Non

Signature du prestataire référent: _____

Partenaires externes - FAXER LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE COMPLÉTÉ (2 PAGES) AU 905-734-1017
Veuillez noter que notre programme n'est pas un service de soutien urgent et qu'il y a une liste d'attente.