

**CONSIGNES****Consignes générales**

1. Veuillez vous assurer que le formulaire d'aiguillage est dûment rempli pour que le client soit admissible à ce service.
2. **ÉCRIVEZ EN LETTRES MOULÉES/TAPEZ** toutes les réponses clairement.
3. Si vous avez des questions, veuillez appeler le Programme de santé mentale communautaire au 613-722-6521, poste 7325.
4. Envoyez le formulaire de demande rempli à l'adresse et au numéro de télécopieur ci-dessous :

**ECTI – Services d'admission centralisés**

Programme de santé mentale communautaire

2121, avenue Carling, bureau 201

Centre commercial Carlingwood

Ottawa (Ontario) K2A 1H2

Téléphone : 613-722-6521, poste 7325

Télécopieur : 613-739-8400

Le modèle de l'ECTI est fondé sur un service de gestion de cas intensif, à long terme, communautaire et orienté vers le rétablissement, avec des critères spécifiques d'admissibilité et d'admission. Il est important de noter que les aiguillages vers les services de l'ECTI ne visent pas à faciliter un congé anticipé d'une hospitalisation. D'autres soutiens communautaires doivent être envisagés dans la planification du congé jusqu'à ce que les services de l'ECTI puissent admettre les clients jugés admissibles aux services.

**Exclusions**

Les clients suivants ne sont pas considérés comme admissibles aux services de l'ECTI :

1. Diagnostic principal de trouble de la personnalité, de trouble lié à la consommation de substances ou de déficience du développement (car ces troubles sont généralement mieux traités par d'autres services spécialisés).
2. Client trop violent ou présentant d'autres risques importants qui pourraient compromettre la sécurité des soins dans la communauté.
3. Non-respect de la prise des médicaments, qui ne constitue pas en soi une raison pour accéder aux services de l'ECTI.

**Our teams**

Équipe communautaire de traitement intensif et flexible (ECTIF) – Catherine

Équipe communautaire de traitement intensif et flexible (ECTIF) – Bank

Équipe communautaire de traitement intensif (ECTI) – Carlington

Équipe communautaire de traitement intensif (ECTI) – Pinecrest-Queensway

Montfort Hospital – Équipe Communautaire de Traitement Intensif (ÉCTI) – Clients francophones

**VEUILLEZ NOTER QUE TOUT FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIGUILLAGE INCOMPLET SERA  
RETOURNÉ À L'EXPÉDITEUR**

1. Âgé(e) de 18 ans ou plus
2. Diagnostic de l'axe I  Exemples : trouble bipolaire, schizophrénie ou trouble schizo-affectif
3. La personne est disposée à participer à la fréquence et à l'intensité des services de l'ECTI.
4. Utilisation intensive du système de soins :
  - Hospitalisations totalisant plus de 50 jours au cours des deux dernières années (de préférence).
  - Utilisation accrue des services médicaux/de soutien au cours des six derniers mois (médecin de famille, service d'urgence, psychiatrie externe, services de crise).
  - Échec des services communautaires de santé mentale conventionnels et moins intensifs (y compris la gestion de cas).
5. Au moins un des éléments suivants :
  - Faible observance du traitement pharmaceutique ou résistance au traitement. \_\_\_\_\_
  - Déficience fonctionnelle grave et persistante. \_\_\_\_\_
  - Incapacité à accomplir de façon constante l'ensemble des activités pratiques de la vie quotidienne nécessaires au fonctionnement de base d'un adulte dans la communauté sans soutien significatif (p. ex. soins personnels, planification/préparation des repas, tâches ménagères, gestion du budget, présence aux rendez-vous).
  - Difficultés liées à l'emploi/à la formation professionnelle ou à son rôle de responsable du foyer (p. ex. : tâches liées aux soins des enfants).
  - Problèmes de logement
  - Incapacité à maintenir une situation de logement sécuritaire (p. ex. : itinérance, risque d'itinérance, expulsions multiples, difficulté à trouver ou conserver un logement).
  - Besoin d'un logement supervisé.
  - Capable de vivre dans un logement autonome si un soutien intensif est disponible.
6. Facteurs supplémentaires :
  - Dépendances : Trouble concomitant lié à la consommation de substances au cours des six derniers mois ou plus.
7. Problèmes judiciaires :
  - Au cours des 2 dernières années : \_\_\_\_\_
  - Problèmes récurrents avec le système de justice pénale, verdict de non-responsabilité criminelle/ Commission ontarienne d'examen, ou participation à un programme de déjudiciarisation/autre problème judiciaire : \_\_\_\_\_

**REMARQUE :** En cas de divergence d'opinions entre l'ECTI et la source de l'aiguillage concernant le diagnostic principal ou la présentation symptomatique principale, l'ECTI fera preuve de diligence raisonnable afin de recueillir des informations auprès de toutes les sources disponibles. La détermination du diagnostic par l'ECTI au moment de l'aiguillage sera considérée comme définitive et servira de fondement pour l'acceptation ou le refus de la demande d'aiguillage.

**Renseignements personnels**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Nom préféré : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Langue(s) parlée(s) :  Anglais  Français  Autre : \_\_\_\_\_  
JJ/MM/AAAA

Pronom personnel à utiliser (cochez tous les choix qui s'appliquent) :

 Elle  Il  LéI  Autre : \_\_\_\_\_  Préfère ne pas répondre

Identité de genre (cochez tous les choix qui s'appliquent) :

 Femme  Homme  Trans femme  Trans homme  Non binaire  Bispirituel(le) Autre : \_\_\_\_\_  Préfère ne pas répondreNuméro RAMO/IUC (si connu) : \_\_\_\_\_ Version : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ**Contact**

Adresse (au congé) : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**Situation actuelle**

Avec qui la personne vit-elle actuellement? \_\_\_\_\_

Si la personne n'a pas de téléphone ou est autrement difficile à joindre, est-ce qu'il y a quelqu'un avec qui elle est en contact que nous pourrions appeler afin de la joindre?

Nom: \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Relation avec le client : \_\_\_\_\_

Peut-on laisser un message à ce numéro de téléphone?  Oui  NonLa personne a-t-elle un mandataire spécial qui décide de ses traitements?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir son nom et ses coordonnées :

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

**Renseignements sur la santé**La personne est-elle capable de consentir au traitement?  Oui  NonLa personne est-elle capable de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels sur la santé?  Oui  NonLa personne a-t-elle un curateur/fiduciaire pour la gestion de ses finances?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir son nom et ses coordonnées :

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**OUTIL D'ÉVALUATION À L'ADMISSION – OBLIGATOIRE**

Renseignements sur la source de l'aiguillage (veuillez compléter toutes les sections)

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

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Raison de la demande d'aiguillage**

Veuillez décrire *clairement et aussi précisément que possible* la ou les raisons de l'aiguillage vers l'ECTI. Quelle est la difficulté actuelle et dans quel(s) domaine(s) la personne pourrait-elle bénéficier de soutien?

---

---

---

Quel est le diagnostic de santé mentale de la personne? Veuillez être aussi précis et détaillé que possible :

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_

À quel âge ces problèmes de santé mentale ont-ils apparu? \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps la personne éprouve-t-elle des problèmes de santé mentale (c.-à-d., durée)? \_\_\_\_\_

La personne présente-t-elle d'autres maladies ou incapacités, telles que :

- Troubles concomitants (consommation de substances et maladie mentale) :  Oui  Non  Inconnu
- Diagnostic mixte (trouble du développement et maladie mentale) :  Oui  Non  Inconnu
- Troubles neurologiques (p. ex. : traumatisme crânien/lésion cérébrale, épilepsie, maladie de Parkinson, troubles cognitifs, etc.) :  Oui  Non  Inconnu
- Autres maladies chroniques/incapacités physiques (p. ex : hypertension, diabète, allergies) :  
 Oui  Non  Inconnu

Si vous avez répondu oui à l'un des éléments ci-dessus, veuillez préciser :

---

---

---

**Renseignements sur les médicaments**

Veuillez joindre la liste des médicaments à cette demande ou indiquer ces médicaments ci-dessous. Liste jointe?

Oui  Non \_\_\_\_\_

---

**Situation de logement**

Dans quel type de logement la personne vit-elle actuellement?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Foyers communautaires pour l'égalité des chances (CHO)         | <input type="checkbox"/> Maison ou appartement privé – propriété du client (marché privé) |
| <input type="checkbox"/> Établissement correctionnel ou centre de probation             | <input type="checkbox"/> Logement locatif   |
| <input type="checkbox"/> Hôpital  | <input type="checkbox"/> Logement subventionné sans but lucratif                          |
| <input type="checkbox"/> Logement supervisé   | <input type="checkbox"/> Logement avec supplément au loyer                                |
| <input type="checkbox"/> Foyer de soins de longue durée                                 | <input type="checkbox"/> Maison privée ou appartement/condo appartenant                   |
| <input type="checkbox"/> Logement locatif au prix du marché                             | <input type="checkbox"/> Sans adresse fixe  |
| <input type="checkbox"/> Résidence pour personnes âgées ou maison de retraite au client | <input type="checkbox"/> Refuge   |

La personne vit-elle actuellement dans un logement avec une infestation de nuisibles? Réponse obligatoire.

- Oui  Non
- 

La personne est-elle actuellement sans abri ou à risque de le devenir?  Oui  Non Si oui, veuillez expliquer :

---

---

**Revenu, emploi et éducation**

Quelle est la principale source de revenu de la personne?

- Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)  Pension de retraite  
 Assurance-emploi  Soutien financier de la famille  Supplément de revenu garanti (SRG)  
 Régime de pensions du Canada (RPC)/Sécurité de la vieillesse (SV)  Prestations d'invalidité  
 Aide sociale (p. ex. : Ontario au travail)  Emploi (temps plein / temps partiel / occasionnel)  
 Aucune source de revenu / sans emploi  Autre : \_\_\_\_\_

Quelle est la situation professionnelle actuelle de la personne?

- Temps plein  Temps partiel  Occasionnel  Sans emploi  Retraite  
 Bénévolat : \_\_\_\_\_

Si la personne est employée, veuillez décrire son travail et le nombre d'heures travaillées par semaine :

---

Quel est le niveau de scolarité le plus élevé terminé?

- École primaire/premier cycle du secondaire  École secondaire  
 Études postsecondaires (collège/université)  Inconnu: \_\_\_\_\_

**OUTIL D'ÉVALUATION À L'ADMISSION – OBLIGATOIRE**

**Besoins en matière de soutien**

La personne a besoin de soutien dans les domaines suivants (cochez tous les choix qui s'appliquent) :

- Gestion de symptômes précis liés à un trouble de santé mentale grave  Gestion des finances
- Acquisition d'aptitudes à la vie quotidienne  Besoins en matière de logement  Possibilités d'éducation
- Profession/emploi/formation professionnelle  Problèmes de consommation de substances/dépendance
- Problèmes judiciaires  Social (soutien social et soutien par les pairs)  Relations
- Autre : \_\_\_\_\_

**Liste des forces/ressources actuelles** (cochez tous les choix qui s'appliquent)

Ressources économiques:  Emploi  Logement  Transport  Finances

Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)/Régime de pensions du Canada (RPC)

Ressources en matière d'éducation/compétences :  Compétences linguistiques  Éducation

Compétences professionnelles  Compétences interpersonnelles

Personnes de soutien :  Parent(s)  Frère(s) et sœur(s)  Ami(s)  Médecin de famille  Enfant(s)

Membre(s) de la famille  Plan en cas de crise

Forces personnelles :  Empathie  Jugement  Présentation personnelle  Sens des responsabilités

Perspicacité  Capacité d'adaptation  Clarté de la pensée  Santé  Tolérance  Débrouillardise

Remarques : \_\_\_\_\_

**Hospitalisations**

Veuillez fournir une estimation du nombre total de jours passés à l'hôpital (unités d'hospitalisation) en raison de problèmes de santé mentale au cours des deux dernières années.

NOM DE L'HÔPITAL	DATE (JJ/MM/AAAA)	DURÉE

Remarques : \_\_\_\_\_

## ÉVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE/AGRESSION (VAAC) – OBLIGATOIRE

1/2

**Questions relatives à la sécurité et aux risques**

Nous posons les questions suivantes pour déterminer s'il existe des risques en matière de sécurité dont nous devrions être informés. Le fait de répondre oui à l'une des questions ci-dessous *n'exclura pas* la personne de l'accès aux services. Veuillez indiquer quand l'incident s'est produit, le nombre d'incidents, leur gravité et leur issue.

Antécédents connus de violence :  Oui  Non      Niveau de risque :  Faible  Modéré  Élevé

**Facteurs de risque actuels (cochez tous les choix qui s'appliquent) :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Idées suicidaires               | <input type="checkbox"/> Tentative(s) de suicide                          |
| <input type="checkbox"/> Comportements d'automutilation  | <input type="checkbox"/> Délires ou hallucinations                        |
| <input type="checkbox"/> Penser faire du mal à autrui    | <input type="checkbox"/> Problèmes de dépendance/antécédents de surdosage |
| <input type="checkbox"/> Plan pour faire du mal à autrui | <input type="checkbox"/> Instabilité du logement                          |
| <input type="checkbox"/> Comportement agressif/violent   |   |

**Comportement et risque(s)**

Veuillez indiquer si la personne a récemment présenté l'un des types de comportements suivants :

- Non coopératif    Menaces    Violence verbale    Hostilité/agressivité  
 Comportement violent/combatif    Aucun comportement agressif observé

**Facteurs de risque/déclencheurs connus :**

Veuillez indiquer si la personne a récemment présenté l'un des types de comportements suivants :

- Stratégies d'atténuation des facteurs de risque/déclencheurs connus :  Oui  Non \_\_\_\_\_
- Antécédents d'automutilation ou de menaces/tentatives de suicide :  Oui  Non \_\_\_\_\_
- Antécédents de consommation de substances ou de désintoxication :  Oui  Non \_\_\_\_\_
- Antécédents de comportements agressifs ou violents (verbaux, physiques, sexuels) :  Oui  Non \_\_\_\_\_
- Antécédents de destruction de biens :  Oui  Non \_\_\_\_\_
- Antécédents de tout autre risque en matière de sécurité :  Oui  Non \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu oui à l'un des éléments ci-dessus, veuillez préciser :

---

---

La personne a-t-elle actuellement ou a-t-elle déjà eu des problèmes avec le système de justice pénale?  Oui  Non  
Veuillez noter que cela *n'affectera pas* sa capacité à recevoir des services. Cette information nous aide simplement à mieux orienter la demande.

Si oui, veuillez indiquer les types de problèmes (cochez tous les choix qui s'appliquent), les dates et les décisions :

- Ordonnance de remise en liberté sous caution    Libération conditionnelle    Probation    Incarcérations  
 Non-responsabilité criminelle    Ordonnance de restriction

Date(s): \_\_\_\_\_

Résultat(s) : \_\_\_\_\_

**Soutiens existants**

La personne travaille-t-elle actuellement avec d'autres fournisseurs de services?  Oui  Non

Si OUI, veuillez fournir les informations suivantes pour chaque fournisseur de services :

NOM DE L'ORGANISME	NOM DU CONTACT	SERVICE(S) REÇU(S)	TÉLÉPHONE

Remarques :

---

---

---

**Documents justificatifs**

Afin de traiter cette demande, il est essentiel que nous recevions les documents suivants s'ils sont disponibles :

- Résumés de congé d'hôpital (documentation complète de l'hôpital, datant des deux dernières années)
- Hospitalisation(s) psychiatrique(s)
- Évaluations spécialisées et/ou effectuées par un spécialiste
- Évaluations complètes (p. ex. : antécédents psychosociaux, évaluations en toxicomanie et évaluations en ergothérapie)
- Ordonnances de traitement communautaire
- Formulaire 33 – Avis donné au/à la malade
- Outil de dépistage des critères d'admission complété

**Déclaration et consentement du client et de la source de l'aiguillage**

Le Formulaire de consentement aux communications entre la source de l'aiguillage et les services d'admission centralisés de l'ECTI d'OTTAWA est-il joint à la demande?  Oui  Non

J'ai discuté de cette demande avec le client qui demande des services et il/elle accepte la soumission de cette demande.  Oui  Non

SOURCE DE  
L'AIGUILLAGE

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
JJ/MM/AAAA

CLIENT

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
JJ/MM/AAAA

Consentement verbal du client (indiqué en cochant cette case) :

MANDATAIRE  
SPÉCIAL

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
JJ/MM/AAAA