



**Programme de navigation du système de santé mentale et toxicomanies
Demande de service**

La présente demande de service est destinée aux organismes qui adressent un client au Programme de navigation du système de santé mentale et toxicomanies ou aux personnes qui s'adressent directement. Faites parvenir la demande **par télécopieur, au 519 673-1022**, ou par la poste, au 200, av. Queens, bureau 260, London (Ontario), N6J 1J3, **ou tout simplement appelez-nous** au 519-673 3242, poste 271.

Référé à l'interne (dossier ouvert aux ADSTV)? Oui Non *Si oui, remplir seulement les sections portant un astérisque (*)*.

Nous sommes ici pour vous aider. Comment pouvons-nous vous aider?

* **Prénom** : _____ * **Date de naissance** :(jour /mois/année) : _____

* **Nom à la Naissance** : _____

Client né au Canada Oui Non

Date d'arrivée au Canada _____

Sexe : Homme Femme Autre

Courriel : _____

Peut-on envoyer un courriel? Oui Non

Adresse Permanente? Oui Non

Rue : _____

App./Unité : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Tél. (Maison) : _____

Peut-on appeler? Oui Non

Laisser un message? Oui Non

Autre Tél : _____

Peut-on appeler? Oui Non

Laisser un message? Oui Non

Personne responsable des soins du client/plus proche parent/tuteur/mandataire :

Parent/Tuteur (si le client a moins de 12 ans) :

Adresse (si elle est différente de celle du client) :

Téléphone : _____

Courriel : _____

Peut-on envoyer un courriel? Oui Non

*** Problème énoncé/Préoccupation (cocher toutes les réponses qui s'appliquent)**

Préoccupations liées à la santé mentale

Problèmes liés aux jeux de hasard

Préoccupations liées à la toxicomanie

Cyberdépendance

Programme de navigation du système de santé mentale et de toxicomanies
Demande de service

*** Soutien en cas de crise :**

Problème énoncé : _____

*** Problèmes et antécédents médicaux :**

(A actuellement un médecin de famille? Oui Non)

*** Diagnostic psychiatrique :**

(A actuellement un psychiatre? Oui Non)

RÉSERVÉ À L'ORGANISME QUI FAIT LA DEMANDE :

*** NOM :** _____ **TÉL :** () _____ **POSTE :** _____

TÉLÉC. : () _____ **Courriel** _____

OTN Disponible dans votre organisme? Oui Non

(Si oui, n° du site _____ n° du System _____)

Je voudrais recevoir un compte-rendu de la participation du client aux services offerts par ADSTV.

(Pour recevoir un compte-rendu, le client doit signer le formulaire de consentement au partage d'informations ou le Consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation d'informations personnelles sur la santé) Oui Non

** Veuillez choisir :*

Communiquez avec moi (organisme demandeur) **avant** de contacter le client.

Une fois reçu le formulaire, communiquez directement avec le client.

SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

À L'USAGE DU BUREAU

DATE DE RÉCEPTION :	CONTACTÉ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	INITIALES :
ACCUEIL COMPLÉTÉ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	DATE D'ACCUEIL	INITIALES :
ADMISSIBLE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RDV FIXÉ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	INITIALES :