



**SERVICES COMMUNAUTAIRES DE
SANTÉ MENTALE**
FORMULAIRE D'AIGUILLAGE POUR ADULTES
Sans frais: 1 888 310-4593



DATE D'AIGUILLAGE (JOUR/MOIS/ANNÉE) : _____



OUI NON

NOM DU(DE LA) CLIENT(E) : _____
(PRÉNOM) (NOM DE FAMILLE)

SEXE : M F

DATE DE NAISSANCE : _____ ÂGE : _____
(JOUR/MOIS/ANNÉE)

NUMÉRO D'IDENTIFICATION PERSONNELLE : _____ NUMÉRO D'IMMATRICULATION : _____

ADRESSE : _____
(NOM DE RUE/CASE POSTALE) (VILLE/VILLAGE) (PROVINCE) (CODE POSTAL)

TÉL. (DOMICILE) : _____ CELL. : _____ PERMISSION DE LAISSER UN MESSAGE VOCAL? OUI NON

MÉTHODE DE CONTACT PRÉFÉRÉE : _____ STATUT D'AUTOCHTONE : OUI NON

LE(LA) CLIENT(E) EST-IL(ELLE) AU COURANT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET SERAIT-IL(ELLE) PRÊT(E) À Y AVOIR RECOURS?

OUI NON

SOURCE D'AIGUILLAGE : _____

SOI-MÊME PARENT/TUTEUR MÉDECIN ÉCOLE _____ AUTRE _____

TÉL. : _____ TÉLÉC. : _____

ADRESSE : _____
(NOM DE RUE/CASE POSTALE) (VILLE/VILLAGE) (PROVINCE) (CODE POSTAL)

SERVICES D'INTERPRÉTATION (disponibles, au besoin) LANGUE : _____

RAISON DE L'AIGUILLAGE : (veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> DÉPRESSION | <input type="checkbox"/> CHANGEMENTS D'HUMEUR/DE COMPOTEMENT | <input type="checkbox"/> PERTURBATION DU SOMMEIL/DE L'APPÉTIT |
| <input type="checkbox"/> ANXIÉTÉ | <input type="checkbox"/> GESTION DE LA MALADIE | <input type="checkbox"/> USAGE DE SUBSTANCES |
| <input type="checkbox"/> ENTEND DES VOIX ou VOIT DES CHOSES | <input type="checkbox"/> PENSÉES/IDÉES INHABITUELLES | <input type="checkbox"/> TRAUMATISME |
| <input type="checkbox"/> INQUIÉTUDES LIÉES À LA PERTE DE MÉMOIRE | <input type="checkbox"/> PERTE RÉCENTE/CHANGEMENT DANS LA VIE | <input type="checkbox"/> MENACES/TORT À D'AUTRES |
| <input type="checkbox"/> PENSÉES SUICIDAIRES <input type="checkbox"/> Actuelles <input type="checkbox"/> Antérieures | <input type="checkbox"/> AUTOMUTILATION <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> Antérieure | <input type="checkbox"/> AUTRE _____ |

Veuillez préciser : _____

**S'il s'agit d'une urgence en matière de santé mentale, veuillez composer le
1 888 617-7715 ou le 1 866 588-1697, ou allez au service d'urgence de votre hôpital local.**

DIFFICULTÉS SUR LE PLAN DE CE QUI SUIV : (veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> FINANCES | <input type="checkbox"/> EMPLOI/ÉCOLE | <input type="checkbox"/> RELATIONS FAMILIALES/SOCIALES |
| <input type="checkbox"/> LOGEMENT | <input type="checkbox"/> GESTION DES TÂCHES QUOTIDIENNES | <input type="checkbox"/> ALCOOL/DROGUES/JEUX DE HASARD |
| <input type="checkbox"/> PROBLÈME DE MÉMOIRE/CONCENTRATION | <input type="checkbox"/> GESTION DES SYMPTÔMES | <input type="checkbox"/> GESTION DES MÉDICAMENTS |

Veuillez préciser : _____

DURÉE DU PROBLÈME : < 3 mois de 6 à 12 mois > 1 an

S'AGIT-IL D'UN NOUVEAU PROBLÈME? OUI NON

Veuillez préciser : _____

AUTRES INTERVENANTS : (curateur public, mandataire, Programme d'aide à l'emploi et au revenu, Service à l'enfant et à la famille, Workers Compensation Board of Manitoba, Société d'assurance publique du Manitoba, probation, aide au logement, services juridiques, services communautaires aux adultes handicapés)

OUI NON

Si oui, veuillez préciser : _____

ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE : _____

NOM DU PSYCHIATRE/PYCHOLOGUE/AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ MENTALE : _____

ACCÈS À UN PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS OU À UNE ASSURANCE DE GROUPE : OUI NON

Si oui, veuillez préciser : _____

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE : _____

CONDITIONS MÉDICALES ACTUELLES/ANTÉRIEURES : OUI NON

Si oui, veuillez préciser : _____

DIAGNOSTIC DE MALADIE MENTALE ACTUEL/ANTÉRIEUR : OUI NON

Si oui, veuillez préciser : _____

MÉDICAMENTS ACTUELS/ANTÉRIEURS : OUI NON

Si oui, veuillez préciser : _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI REMPLIT CE FORMULAIRE : _____

VEUILLEZ INCLURE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE (ÉVALUATIONS, RÉSUMÉS DE SORTIE DE L'HÔPITAL, RAPPORTS DE PSYCHIATRIE, DE PSYCHOLOGIE, D'ERGOTHÉRAPIE, ETC.) ET ENVOYER CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI PAR TÉLÉCOPIEUR AU (204) 326-1680.

******Tout renseignement manquant retardera le processus d'aiguillage. ******



CE DOCUMENT EST AUSSI DISPONIBLE EN ANGLAIS.

S'il s'agit d'une urgence en matière de santé mentale, veuillez composer le 1 888 617-7715 ou le 1 866 588-1697, ou allez au service d'urgence de votre hôpital local.