F.W. SCHUMACHER
DEMANDE DE SERVICE AU PROGRAMME DE TRAITEMENT EN ÉTABLISSEMENT

Retourner à la :

F.W. Schumacher
68, chemin Aura Lake
C. P. 850
Schumacher (Ontario)
P0N 1G0
Téléphone : 705 360-7230
Télécopie : 705 264-5888
Courriel : TimminsClericalMH@neofacs.org

À l'attention de : Laurent Gilbert, Superviseur de programme

F. W. Schumacher est un programme mixte de traitement en établissement bilingue de la santé mentale comptant huit (8) lits pour jeunes de 12 à 15 ans.

Le comité des admissions se compose des représentants suivants :

- Gestionnaire de services,
- Superviseur(e) de programme,
- Superviseur(e)s de quart (F.W. Schumacher),
- Représentant(e) des services de counselling et thérapie,
- Représentant(e) des services de ressources,
- Représentant(e) des conseils scolaires de langue française et anglaise (chefs d'équipe en matière de santé mentale).

Le programme nécessite l'engagement du client ou de la cliente et de son/ses parent(s)/tuteur(s) légal(aux)/ tutrice(s) légale(s) à un séjour d'au moins six (6) mois qui peut se prolonger lors des réunions de gestion de cas.
La superviseure/le superviseur de programme demande ces prolongations par écrit.
De plus, le programme exige un engagement de la part du client ou de la cliente et parent(s)/tuteur(s) légal(aux)/tutrice(s) légale(s) à participer à toutes les réunions mensuelles de gestion de cas, à participer activement à la planification des visites à domicile et à participer à des séances de counseling chaque semaine avec le clinicien désigné ou la clinicienne désignée de notre programme de Services de counseling et de thérapie.

DÉMARCHE DE DEMANDE DE SERVICES POUR F.W. SCHUMACHER

1. Le travailleur de l`organisme ou le(s) parent(s)/tuteur(s) légal(aux)/tutrice(s) légale(s) du client ou de la cliente doit remplir le formulaire de demande. La documentation suivante doit accompagner la demande (dans la mesure du possible) :
   - Antécédents sociaux/familiaux
   - Évaluation psychologique
   - Évaluation psychiatrique
   - Rapports scolaires
   - Rapports d'autres organismes impliqués auprès du client/de la cliente ou de la famille
   - Tout autre document qui pourrait être pertinent en matière de cette demande de services

2. Le formulaire de demande de services doit être envoyé ou posté à la superviseure/au superviseur du programme.

3. Le comité d'examen des admissions se réunit une fois par mois pour l`évaluation de toute demande d'admission au programme. La travailleuse/le travailleur ou au(x) parent(s)/tuteur(s) légal(aux)/tutrice(s) légale(s) d'assister à cette réunion ou d'y participer par téléphone/TEAMS pour donner des comptes rendus récents de la situation et pour répondre à toute question que nous puissions avoir.

4. Si le formulaire de demande de services n'est pas bien rempli, la superviseure/le superviseur du programme doit communiquer avec la source de la demande de services pour obtenir des précisions. Les renseignements et rapports qui manquent doivent être envoyés le plus vite possible afin d`assurer une décision rapide.

5. La superviseur/le superviseur de programme est responsable de confirmer par téléphone/écrit la décision du comité à la source de la demande de service d'ici 3 journées ouvrables et d'établir des dates de préplacement et d'admission au programme.

   Si vous nécessitez plus de renseignements ou que vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec la superviseure/le superviseur de programme.

North Eastern Ontario
Family and Children's Services
Services à la famille et à l'enfance
du Nord-Est de l'Ontario

F.W. Schumacher
Demande de service
au programme de traitement en établissement

SECTION A : RENSEIGNEMENT SUR LA DEMANDE DE SERVICE	
Date de la demande de service :	
Organisme orienteur : *(s'il y a lieu)*	
Nom de la personne qui remplit la demande :	
Adresse :	
Téléphone :	Poste :

SECTION B : RENSEIGNEMENTS SUR LA CLIENTE/LE CLIENT			
Nom de la cliente/du client:	Surnom/aussi appelé(e)		Numéro de dossier EMHware:
Date de naissance :	Sexe:		
JJ MM AAAA			
Adresse/Ville/Prov/Code Postal/C.P.:	Numéros de téléphone:		Travailleur peut appeler:
	à domicile:		☐ Oui ☐ Non
	cellulaire:		☐ Oui ☐ Non
	courriel:		☐ Oui ☐ Non
	autres:		☐ Oui ☐ Non
École / Études-années:			
Origine ethnique / Première Nation			
Langue:	☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre:		
Religion:			
La cliente désire-t-elle/le client désire-t-il recevoir un enseignement religieux?	☐ Oui ☐ Non		
La cliente/le client demeure avec: *(Nom de la personne)*			
Lien (de parenté) avec la cliente/le client:			
Adresse:			
Téléphone:	domicile:	travail:	

SECTION C : STATUT LÉGAL *(SI DIFFÉRENT DE CE QUI PRÉCÈDE)*
☐ Parent(s) naturel(s)
☐ Parent(s) adoptif(s)
☐ Enfant non-pupille de la société
☐ Enfant confié(e) aux soins d'une société de façon provisoire (Interim Society Care)

☐ Enfant confié(e) aux soins d'une société de façon prolongée (Extended Society Care)
☐ Entente de garde conjointe

	Parent	Parent	Autre
Nom :			
Date de naissance (jour/mois/année) :			
Nom de jeune fille :			
Adresse :			
Ville :			
Province :			
Code postal :			
Téléphone à domicile :			
Téléphone au travail :			
Langue(s) parlée(s) :			
Source de revenus :			

Indiquez tout autre membre de la famille immédiate et toute personne-clé par rapport à la cliente/au client.

Nom	Lien avec la cliente/le client	Âge	Sexe	Demeure au foyer	Emploi ou année d'études
			☐ M ☐ F ☐ Autre	☐ Oui ☐ Non	☐Emploi ☐Année d'études
			☐ M ☐ F ☐ Autre	☐ Oui ☐ Non	☐Emploi ☐Année d'études
			☐ M ☐ F ☐ Autre	☐ Oui ☐ Non	☐Emploi ☐Année d'études
			☐ M ☐ F ☐ Autre	☐ Oui ☐ Non	☐Emploi ☐Année d'études
			☐ M ☐ F ☐ Autre	☐ Oui ☐ Non	☐Emploi ☐Année d'études
			☐ M ☐ F ☐ Autre	☐ Oui ☐ Non	☐Emploi ☐Année d'études

SECTION D : BESOINS FAMILIAUX DÉPISTÉS

Situation	Oui	Non	Qui?
Dépendance d'alcool	☐	☐	_____
Dépendance de drogues	☐	☐	_____
Conflit avec la justice	☐	☐	_____
Violence conjugale	☐	☐	_____
Diagnostic psychiatrique	☐	☐	_____
Diagnostic psychologique	☐	☐	_____
Tentative/menace/idées de suicide	☐	☐	_____
Auto-mutilation	☐	☐	_____
Autres _____	☐	☐	_____

Antécédents et fonctionnement familiaux :
Autres renseignements concernant la famille *(antécédents de santé mentale, de santé, etc., dans la famille immédiate ou étendue.)*

SECTION E : GÉNOGRAMME FAMILIAL

SECTION F : RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

Est-ce que la cliente/le client fréquente une école?	☐ oui ☐ non
Nom de l'école où la cliente/le client est actuellement inscrit(e)	
Ville :	
Niveau scolaire :	
Niveau de succès :	☐ Faible ☐ Moyen ☐ Élevé
Est-ce qu'il y a des préoccupations ou des besoins à l'école?	☐ oui ☐ non

Année	École	Programme ordinaire ou modifié	Commentaires
		☐ ordinaire ☐ modifié	
		☐ ordinaire ☐ modifié	
		☐ ordinaire ☐ modifié	
		☐ ordinaire ☐ modifié	
		☐ ordinaire ☐ modifié	

Autres renseignements non mentionnés dans ce formulaire :

SECTION G : RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ

Numéro de carte santé :	
Nom et numéro de régime d'assurance maladie et d'assurance médicaments :	
Nom du médecin :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Date du dernier examen médical :	Jour/Mois/Années
Y a-t-il des préoccupations médicales?	
La cliente a-t-elle/le client a-t-il des allergies?	
La cliente a-t-elle/le client a-t-il besoin d'un auto-injecteur EpiPen?	☐ oui ☐ non
Nom du dentiste :	
Adresse :	

Numéro de téléphone :	
Date du dernier examen dentaire :	Jour/Mois/Années
Y a-t-il des préoccupations dentaires?	
Nom de l'optométriste :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Date du dernier examen de la vue :	Jour/Mois/Années
Y a-t-il des préoccupations quant à la vue?	

SECTION H : RAISONS DE LA DEMANDE DE SERVICES (VEUILLEZ INDIQUER LES BESOINS ACTUELS SUR LE PLAN PSYCHOLOGIQUE, AFFECTIF OU AUTRE, LES PRÉOCCUPATIONS ACTUELLES ET LES COMPORTEMENTS ACTUELS)

Raison de la demande de services et besoins présentés :

DIFFICULTÉS PRÉSENTÉES – EN UTILISER SEULEMENT 3

- ☐ Aptitudes à la vie quotidienne
- ☐ Attention, concentration ou hyperactivité
- ☐ Automutilation
- ☐ Comportement agressif
- ☐ Comportement antisocial
- ☐ Comportements d'incendie inappropriés
- ☐ Comportements de repli sur soi ou d'isolement
- ☐ Comportements oppositionnels avec provocation
- ☐ Comportements sexuels déplacés
- ☐ Conflit parent-enfant
- ☐ Consommation de substances ou mauvais usage de substances
- ☐ Cruauté envers les animaux
- ☐ Demande générale
- ☐ Dépression
- ☐ Difficultés à l'école – de rendement scolaire, émotif, comportemental ou d'assiduité
- ☐ Difficultés d'adaptation
- ☐ Difficultés d'anxiété
- ☐ Difficultés d'estime de soi
- ☐ Difficultés d'identité de genre
- ☐ Difficultés d'orientation sexuelle
- ☐ Difficultés de comportement alimentaire
- ☐ Difficultés de développement
- ☐ Difficultés de gestion de comportement
- ☐ Difficultés de la pensée (hallucinations, délires ou pensées irrationnelles)
- ☐ Difficultés de sommeil
- ☐ Difficultés liées à l'adoption
- ☐ Difficultés liées à la fratrie
- ☐ Difficultés liées à la séparation, le divorce ou la famille recomposée
- ☐ Difficultés légales
- ☐ Difficultés parentales
- ☐ Difficultés relationnelles, difficultés dans le couple ou violence dans le couple
- ☐ Difficultés sensorielles
- ☐ Difficultés sociales
- ☐ Divulgation de dossier
- ☐ Éducation au niveau de la santé mentale
- ☐ Encoprésie
- ☐ Énurésie
- ☐ Fugue
- ☐ Gestion de cas
- ☐ Idées ou menaces d'homicide
- ☐ Idées, menaces, gestes ou tentatives de suicide
- ☐ Intimidation
- ☐ Lien communautaire
- ☐ Maîtrise de la colère
- ☐ Maîtrise des émotions ou changements d'humeur
- ☐ Malhonnêteté
- ☐ Mauvais traitements
- ☐ Perte et deuil
- ☐ Plaintes d'ordre somatique
- ☐ Préoccupations médicales
- ☐ Problèmes de santé mentale chez le parent ou problèmes de consommation de substances chez le parent
- ☐ Traumatisme
- ☐ Trouble du spectre de l'autisme
- ☐ Violence familiale ou conflit familial
- ☐ Vol

☐ Difficultés d'attachement

Changement désiré – Objectifs du traitement :

Buts à atteindre :

But nº 1 : _____

But nº 2 : _____

But nº 3 : _____

Plan pour la cliente/le client après la mise en congé du programme :

Qui seront les participant(e)s à la/ aux rencontres de planification des soins? (parent(s), tutrice(s) légale(s)/tuteur(s) légal(aux), travailleuse(s)/travailleur(s) responsable(s), etc.)

Nom	Lien (de parenté)	Téléphone

SECTION I : LISTE DE VÉRIFICATION DES BESOINS (ADAPTATION DE LA LISTE DE VÉRIFICATION DES PROBLÈMES CSN)

Veuillez cocher l'un des suivants qui s'applique au moment de l'évaluation :

1. **Passé** (est survenu mais non pendant les six derniers mois)
2. **Actuel** (pendant les six derniers mois)
3. À la fois **passé et actuel**

A) Foyer – circonstances familiales

	1	2	3	Commentaires
1. Difficultés de comportement	☐	☐	☐	_____
2. Difficultés relationnelles	☐	☐	☐	_____
3. Difficultés affectives	☐	☐	☐	_____
4. Importante séparation de la famille	☐	☐	☐	_____
5. Décès d'un être cher	☐	☐	☐	_____

6. Changement à la famille (séparation, etc.)	☐	☐	☐	_____
7. Conflit familial	☐	☐	☐	_____
8. Violence conjugale	☐	☐	☐	_____
9. Dépendance à l'alcool/drogues	☐	☐	☐	_____
10. Plusieurs déménagements	☐	☐	☐	_____
11. Stress financier	☐	☐	☐	_____
12. Difficultés de santé/blessures	☐	☐	☐	_____
13. Difficultés psychiatriques	☐	☐	☐	_____
14. Difficultés juridiques	☐	☐	☐	_____
15. Services d'organismes communautaires	☐	☐	☐	_____

B) École - études

	1	2	3	Commentaires
1. Difficultés de comportement	☐	☐	☐	_____
2. Difficultés relationnelles	☐	☐	☐	_____
3. Difficultés affectives	☐	☐	☐	_____
4. Difficultés au niveau du travail scolaire	☐	☐	☐	_____
5. Difficultés d'apprentissages diagnostiquées	☐	☐	☐	_____

C) Comportement - traits

	1	2	3	Commentaires
1. Comportement sexuel inapproprié	☐	☐	☐	_____
2. Rejet de l'aide offerte	☐	☐	☐	_____
3. Dépendance à l'alcool/aux drogues	☐	☐	☐	_____
4. Opposition/défiance	☐	☐	☐	_____
5. Agressivité	☐	☐	☐	_____
6. Crises de colère	☐	☐	☐	_____
7. Déficience physique ou sensorielle	☐	☐	☐	_____
8. Maladie ou blessure physique importante	☐	☐	☐	_____
9. Action de mettre le feu	☐	☐	☐	_____
10. Vandalisme	☐	☐	☐	_____
11. Vol	☐	☐	☐	_____

D) Communauté

	1	2	3	Commentaires
1. Difficultés de comportement	☐	☐	☐	_____
2. Difficultés relationnelles	☐	☐	☐	_____
3. Difficultés affectives	☐	☐	☐	_____

E) Relations avec les camarades

	1	2	3	Commentaires
1. Difficultés relationnelles	☐	☐	☐	_____

2. Influence négative des camarades ☐ ☐ ☐ _____
3. Changement dans les groupes de camarades ☐ ☐ ☐ _____

F) Symptômes/Diagnostics

	1	2	3	Commentaires
1. Cauchemar ou attaques de panique	☐	☐	☐	_____
2. Somatisation	☐	☐	☐	_____
3. Énurésie ou encoprésie	☐	☐	☐	_____
4. Hyperactivité	☐	☐	☐	_____
5. Pensées délirantes	☐	☐	☐	_____
6. Trouble de l'alimentation	☐	☐	☐	_____
7. Difficultés psychiatriques	☐	☐	☐	_____

G) Comportement violent et de prise de grands risques

	1	2	3	Commentaires
1. Destructivité	☐	☐	☐	_____
2. Comportement d'agression sexuelle	☐	☐	☐	_____
3. Comportement à l'égard des figures d'autorité	☐	☐	☐	_____
4. Incident d'utilisation d'armes	☐	☐	☐	_____
5. Tentatives/menaces/idées de suicide	☐	☐	☐	_____
6. Auto-mutilation	☐	☐	☐	_____
7. Fugue	☐	☐	☐	_____

Liste de vérification des besoins remplis par :	
Nom :	Date :

SECTION J : SERVICES DE SOUTIEN ET DE SUIVI

Nom de l'organisme	Genre de service	Implication courante	Durée	Nom de la travailleuse/du travailleur	Résultat
		☐ oui ☐ non			
		☐ oui ☐ non			
		☐ oui ☐ non			
		☐ oui ☐ non			
		☐ oui ☐ non			
		☐ oui ☐ non			

SECTION K : ÉVALUATION			
Genre d'évaluation	Date(s)	Organisme	Copie incluse à cette demande
			☐ oui ☐ non
			☐ oui ☐ non
			☐ oui ☐ non
			☐ oui ☐ non

VEUILLEZ INCLURE TOUS LES RAPPORTS DISPONIBLES AVEC CETTE DEMANDE.

SECTION L : PLACEMENT HORS DU FOYER			
Genre de placement	Durée	Raison du placement	Résultat

Signature	
Remplie par :	Date :
Signature de la superviseure/du superviseur de programme ou de la/du gestionnaire de services:	Date :

***Si un/des parent(s) ou tuteur(s) légal(aux)/tutrice(s) légale(s) une référence, aucune signature de la superviseure/du superviseur de programme ou de la/du gestionnaire de services n'est requise.**

IMPORTANT

AVANT DE PRÉSENTER CETTE DEMANDE, VEUILLEZ-VOUS ASSURER DE REMPLIR CE QUI SUIT :

☐ Assurez-vous de remplir cette demande de services complètement pour faire en sorte que le comité ait tous les renseignements dont il a besoin pour prendre la décision la mieux éclairée possible et pour éviter que ce formulaire vous soit retourné.

☐ Assurez-vous de faire remplir le formulaire d'examen médical ci-joint par le médecin de la cliente/du client avant son admission.

☐ Joignez la photocopie des plus récents rapports d'examen dentaire, de la vue et de l'ouïe.

☐ Joignez la photocopie du plus récent dossier d'immunisation.

☐ Joignez la photocopie de la carte santé de la cliente/du client.

☐ Si la cliente/le client prend un médicament sur ordonnance, veuillez assurer qu'une provision de 30 jours de ce médicament soit apportée le jour de l'admission. Tous les médicaments doivent être bien étiquetés sur les bouteilles de médicaments et, lorsque c'est possible, dans les emballages-coques (blister).

☐ Joignez un Consentement à la divulgation des renseignements personnels sur la santé, conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels de la santé (LPRS), dûment complété et signé par la cliente/le client.

NOTE : La demande sera traitée **seulement si** le consentement est dûment complété et signé **ou si** une explication indiquant pourquoi le consentement n'a pu être signé (ex. consentement verbal a été obtenu de la cliente/du client ou la cliente/le client a été évalué(e) comme étant incapable de consentir par la travailleuse/le travailleur qui complète la demande; expliquez les barrières, etc.) est inscrite ci-dessous.

North Eastern Ontario
Family and Children's Services
Services à la famille et à l'enfance
du Nord-Est de l'Ontario

F.W. SCHUMACHER
PROGRAMME DE TRAITEMENT EN ÉTABLISSEMENT

RAPPORT MÉDICAL À L'ADMISSION D'UNE CLIENTE/D'UN CLIENT

SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LA CLIENTE/LE CLIENT

Nom de la cliente/du client :	
Date de naissance :	jour/mois/année
Date d'examen :	
Raison du retard : (si l'examen n'a pas lieu dans les 72 heures)	
Numéro de carte santé :	

Médicament actuel : (Psychotrope, sur ordonnance, en vente libre, contraceptif, etc.)	Médication	Dose	Fréquence

SECTION B : ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE LA CLIENTE/DU CLIENT

Maladie(s) précédente(s) ?	
Interventions chirurgicales précédentes ?	
Hospitalisé(e) au cours de la dernière année?	
Allergies connues ?	
Autres :	

SECTION C : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Yeux, y compris la vue :	☐	Abdomen :	☐
Oreilles, y compris l'ouïe	☐	Posture :	☐
Nez :	☐	Peau :	☐
Gorge :	☐	Hémoglobine :	☐
Dents :	☐	Analyse des urines :	☐
Glandes :	☐	Cœur :	☐
Poitrine :	☐	Tension artérielle :	☐
Taille :			
Poids :			

Résultats de l'examen :	Examen normal ☐ Suivi nécessaire ☐ Commentaires :

SECTION D : ACTIVITÉS DE LOISIRS PHYSIQUES	
A- SANS LIMITE :	☐
B- NON-COMPÉTITIVES :	☐
C- SANS RESTRICTION :	☐
D- EXEMPTION :	☐

SECTION E : COMMENTAIRES DU MÉDECIN

SIGNATURE	
Médecin :	Date

DISTRIBUTION	
Original :	
Copie(s) :	

F.W. SCHUMACHER
PROGRAMME DE TRAITEMENT EN ÉTABLISSEMENT
LISTE D'ARTICLES NÉCESSAIRES AU MOMENT DE L'ADMISSION

Le personnel du programme F.W. Schumacher recommande d'apporter les articles suivants au moment de l'admission :

- ✓ 5-7 pantalons
- ✓ 5-7 T-shirts ou 5 chandails
- ✓ 5-7 sous-vêtements
- ✓ 5-7 paires de chaussettes
- ✓ 2-3 pyjamas
- ✓ 2 maillots/shorts de bain
- ✓ Saisonniers : habit de neige, bottes, tuque, mitaines
- ✓ Saisonniers : sandales, chapeau, lunettes de soleil
- ✓ Chaussures pour l'extérieur et chaussures pour l'intérieur
- ✓ Pantoufles
- ✓ Aucun appareil électronique d'enregistrement ou de lecture de musique, d'images ou de vidéos n'est permis (c.-à-d. MP3, systèmes de jeux, IPOD, etc.).
- ✓ Aucun objet en verre
- ✓ Literie personnelle facultative
- ✓ Photos personnelles, animaux en peluche, articles religieux et culturels

Produits hygiéniques

- ✓ 2 brosses à dents
- ✓ 2 tubes de dentifrice
- ✓ 2 bouteilles de shampooing/revitalisant
- ✓ 2 paquets de savon ou de savon liquide pour le corps supplémentaires
- ✓ 1 petit sac à maquillage
- ✓ Aucun parfum/eau de Cologne/aérosol pour le corps (milieu sans parfum)
- ✓ 2 boîtes de produits d'hygiène féminine
- ✓ 2 désodorisants

Veuillez ne pas apporter plus que ce qui est marqué sur la liste. Si vous avez la moindre question, veuillez communiquez avec nous au 1-705-360-7230.