



**SERVICES D'INTERVENTION  
EN CAS DE CRISE  
UNITÉ DE STABILISATION  
EN CAS DE CRISE  
FORMULAIRE D'AIGUILLAGE**  
*Sans frais : 1 855 320-1096*

Label Space



OUI  NON

DATE D'AIGUILLAGE (JOUR/MOIS/ANNÉE) : \_\_\_\_\_ HEURE : \_\_\_\_\_

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**

| Section A   | OUI | NON | INCERTAIN(E) |
|---|-----|-----|--------------|
| <b>LE(LA) CLIENT(E) NE RÉPOND PAS AUX CRITÈRES DE L'UNITÉ DE STABILISATION EN SITUATION DE CRISE SI LES CONDITIONS SUIVANTES S'APPLIQUENT :</b> |     |     |              |
| LE LOGEMENT CONSTITUE LE BESOIN PRIMAIRE DU (DE LA) CLIENT(E).  |     |     |              |
| LE(LA) CLIENT(E) SOUFFRE DE PROBLÈMES MÉDICAUX.   |     |     |              |
| LE(LA) CLIENT(E) EST EN ÉTAT D'ÉBRIÉTÉ.   |     |     |              |
| LE(LA) CLIENT(E) MET À RISQUE SA PROPRE SÉCURITÉ ET CELLE DES AUTRES, ET A INDIQUÉ CLAIREMENT QU'IL(ELLE) ALLAIT OU SOUHAITAIT PASSER À L'ACTE. |     |     |              |

| Section B   | OUI | NON | INCERTAIN(E) |
|---|-----|-----|--------------|
| LE(LA) CLIENT(E) A BESOIN DE SOUTIEN, D'AIDE À RÉSOUDRE DES PROBLÈMES, DE REPRÉSENTATION ET D'AIGUILLAGE POUR GÉRER SA CRISE ACTUELLE ET ÊTRE EN MESURE DE RETOURNER À SON MILIEU HABITUEL.   |     |     |              |
| LE(LA) CLIENT(E) EST SORTI(E) DE L'HÔPITAL ET BÉNÉFICIERAIT DE PARTICIPER À UN PROGRAMME D'INTERVENTION EN CAS DE CRISE À COURT TERME AFIN DE RÉINTÉGRER AVEC SUCCÈS LA COLLECTIVITÉ.   |     |     |              |
| L'INTERVENTION DE LA GRC EST LE RÉSULTAT DE L'INSTABILITÉ/DES FLUCTUATIONS DE LA MALADIE/DÉS SYMPTÔMES DU (DE LA) CLIENT(E). PAR CONSÉQUENT, UN ACCOMPAGEMENT INTENSIF À COURT TERME SERAIT NÉCESSAIRE AFIN D'ÉVITER DE FUTURS DÉMÊLÉS AVEC LA GRC. |     |     |              |
| LE(LA) CLIENT(E) A CONSOMMÉ DES SUBSTANCES ET PRÉSENTE DES SIGNES DE SANTÉ MENTALE QUI REQUIÈRENT UNE OBSERVATION À COURT TERME.  |     |     |              |

**REMARQUE : SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » À L'UN DES ÉNONCÉS DE LA SECTION B, VEUILLEZ REMPLIR LA PROCHAINE SECTION DU PRÉSENT FORMULAIRE.**

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE/INFIRMIER(ÈRE) PRATICIEN(NE) : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ TÉL. : \_\_\_\_\_

NOM DU PSYCHIATRE/PSYCHOLOGUE/AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ MENTALE : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

PARTICIPATION ACTUELLE/ANTÉRIEURE À UN PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE OU À DES SÉANCES DE COUNSELING :  OUI  NON

PROBLÈMES DE MOBILITÉ :  OUI  NON Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

ALLERGIES:  OUI  NON Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**RAISON DE L'AIGUILLAGE :** (veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent) SERVICE REQUIS :  CONSULTATION  
PSYCHIATRIQUE  THÉRAPIE/CONSEILS

**DIFFICULTÉS SUR LE PLAN DE CE QUI SUIVIT :** (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       |

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> DÉPRESSION  | <input type="checkbox"/> CHANGEMENTS D'HUMEUR/DE COMPORTEMENT  | <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"/> Récente <input type="checkbox"/> Antérieure | <input type="checkbox"/> AUTRE _____                          |
- Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

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

**SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI REMPLIT CE FORMULAIRE :** \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DE CONSENTEMENT :**

Je suis conscient(e) que les renseignements personnels et médicaux pourraient être transmis au Programme communautaire de santé mentale. Je consens à transmettre toute documentation pertinente dans le cadre de l'aiguillage vers Southern Health-Santé Sud.

\_\_\_\_\_  
Signature of Client

\_\_\_\_\_  
Date

**VEUILLEZ INCLURE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE (RAPPORTS, LETTRES, ETC.)  
ET ENVOYER CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À L'UNITÉ DE STABILISATION EN CAS DE CRISE,  
AU (204) 346-3539.**

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

CE DOCUMENT EST AUSSI DISPONIBLE EN ANGLAIS.

