



Renvoi vers le Programme d’infirmières et d’infirmiers en santé mentale et en toxicomanie dans les écoles

* Pour que la demande soit traitée, toutes les sections du formulaire doivent être remplies – les formulaires incomplets seront renvoyés par télécopieur à la source du renvoi. *

Nom de famille de l’élève:	Prénom de l’élève: Nom préféré :
Sexe: <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Intersex <input type="checkbox"/> sexe queer <input type="checkbox"/> Indifférencié <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> transgenres <input type="checkbox"/> deux esprit	DDN (JJ/MM/AAAA): Âge:
Adresse de l’élève: Ville: Code postal:	Nom du parent ou tuteur: Lien avec l’élève: Adresse (si elle est différente de celle de l’élève) : Tél.: / / Nom des autres parents gardiens : Lien avec l’élève: Adresse (si elle est différente de celle de l’élève) : Tél.: / /
Meilleure façon de communiquer avec l’élève: <input type="checkbox"/> Tél. (domicile): / / <input type="checkbox"/> Cellulaire: / / <input type="checkbox"/> Autre: / / <input type="checkbox"/> À l’école: / / *Remarque : La LPRPS interdit la communication par courriel ou par texto.	
Statut d’Autochtone identifié: <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
Si oui, n° de la bande/n° de la bande du patient :	
Langues parlées à la maison (langue maternelle): <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Oji-Cri <input type="checkbox"/> Autre:	
Interprète requis? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O Specify:	
Conseil scolaire:	Année d’études de l’élève:
Nom de l’école:	N° de tél. de l’école: / /
Ville:	N° de téléc. de l’école: / /
Nom du fournisseur de soins primaires (infirmière praticienne ou médecin):	
Dressez la liste des organismes communautaires de services de santé mentale et de toxicomanie qui fournissent actuellement des services à l’élève:	
Nom de l’organisme: Nom de la personne-ressource à l’organisme: Tél.: / /	Nom de l’organisme: Nom de la personne-ressource à l’organisme: Tél.: / /

Actif

Liste d'attente

Actif

Liste d'attente

Avez-vous communiqué avec l'organisme susmentionné concernant le problème que présente l'élève?

N O

Si oui, que croyez-vous que les infirmières ou infirmiers en santé mentale et en toxicomanie peuvent accomplir de plus que l'organisme communautaire principal?

Si non, expliquez la raison pour laquelle vous n'avez pas communiqué avec l'organisme principal :

Est-ce que le personnel de l'école travaille actuellement avec l'élève? N O (Précisez):

fléau:

Est-ce que l'élève participe à des programmes à l'école? N O

Si oui, dressez la liste des programmes ci-dessous:

Problème énoncé:

Raison du renvoi (cochez toutes les raisons qui s'appliquent):

Préoccupations liées aux médicaments psychotropes (effets secondaires, changements des médicaments ou l'élève arrête de prendre des médicaments)

Symptômes de dépression

Symptômes d'anxiété

Automutilation aiguë

Intentions suicidaires

Idéations ou intentions meurtrières

Paranoïa/délire

Hospitalisation psychiatrique

Consommation d'alcool ou de drogues

Abus d'alcool ou de drogues

Discours et idées imprévisibles ou désorganisés

Troubles de l'alimentation (régimes amaigrissants obsessionnels ou autres)

Autre trouble médical qui contribue au changement de l'état de santé mentale:

La participation au Programme d’infirmières et d’infirmiers en santé mentale et en toxicomanie (IISMT) nécessite le consentement de TOUS les élèves ainsi que le consentement d’un des parents ou du tuteur dans le cas des élèves de moins de 12 ans :

Date à laquelle l’élève a consenti verbalement au renvoi vers le Programme d’IISMT :

Date à laquelle le parent ou tuteur a consenti au renvoi vers le Programme d’IISMT :

Est-ce que le parent ou tuteur a été informé de ce renvoi? O ou N

Si NON, expliquez:

Source du renvoi et lien avec le patient _____

Numéro de téléphone: _____

Signature _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

Signature de la direction de l’école ou de son remplaçant _____

Date (JJ/MM/AAAA): _____

Les responsables du Programme d’IISMT tâcheront de fournir une réponse dans un délai de 72 heures (sans compter les fins de semaine et les jours fériés) après avoir reçu la demande de services; s’il y a lieu, ils feront un suivi auprès de l’élève ou du parent ou tuteur.

Envoyez ce formulaire par télécopieur au 807 346-4484

(74) *Il s’agit d’un document légal qui ne peut pas être modifié.

Réservé à l’usage des responsables du Programme d’IISMT :

N° de carte Santé de l’Ontario de l’élève

CV (code de version)

Date d’expiration