



**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)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Préoccupations liées à la santé mentale | <input type="checkbox"/> Problèmes liés aux jeux de hasard |
| <input type="checkbox"/> Préoccupations liées à la toxicomanie   | <input type="checkbox"/> 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

\* *Veillez 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 :