

ANNEXE Q : Listes de vérification de conformité pour les fournisseurs de services

Liste de vérification de conformité – Identification			
Mesure à prendre	Date d'achèvement	Commentaires (y compris les défis, améliorations et réussites)	Questions sur les résultats
Déterminer si le processus PSI est requis			
Examiner les critères du PSI			
Poser les questions d'identification des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis			<p>Si l'enfant/le jeune et/ou la famille se sont identifiés en tant qu'Autochtones, quel groupe culturel ont-ils mentionné?</p> <p><input type="checkbox"/> Premières Nations – Communauté :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Cri <input type="radio"/> Algonquin <input type="radio"/> Mohawk <input type="radio"/> Mi'kmaq/Micmac <input type="radio"/> Ojibwé <input type="radio"/> Autre [veuillez préciser] : <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Métis — Communauté :</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Inuit — Région/Communauté :</p> <p>_____</p>

Liste de vérification de conformité – Identification

Mesure à prendre	Date d'achèvement	Commentaires (y compris les défis, améliorations et réussites)	Questions sur les résultats
			<input type="checkbox"/> 1. Autre [veuillez préciser] : _____ 2. Ont-ils été orientés vers le processus du Plan de soins intégré destiné aux Autochtones? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Poser les questions d'identification des francophones			Si l'enfant/le jeune et/ou la famille se sont identifiés en tant que francophones, une offre active leur a-t-elle été faite pour poursuivre le processus dans la langue et selon la culture de leur choix? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Quel a été le résultat?
Communiquer avec le Responsable de la mise en œuvre au sein de l'organisme			
Obtenir le consentement éclairé			
Communiquer avec des membres potentiels de l'équipe de soins intégrés			Quels organismes ont été contactés pour participer en tant que membres de l'équipe de soins intégrés?

Liste de vérification de conformité – Identification			
Mesure à prendre	Date d'achèvement	Commentaires (y compris les défis, améliorations et réussites)	Questions sur les résultats
(par le biais des Responsables de la mise en œuvre au sein des organismes)			
Recevoir l'accord de participation des fournisseurs de services en tant que membres de l'équipe de soins intégrés			
Identifier des Responsables PSI potentiels			<p>Veuillez indiquer les Responsables PSI potentiels qui ont été identifiés :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Remplir le questionnaire d'évaluation BFEA-PSI			<p>Le jeune et/ou sa famille ont-ils eu l'occasion de faire part de leurs commentaires et d'apporter des changements au questionnaire d'évaluation BFEA-PSI avant qu'il soit soumis à l'Accès coordonné? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
Communiquer avec le RMOO pour déterminer s'il faut ou non procéder à l'application			

Fournisseur de services qui réfère Nom : Courriel : Date à laquelle est remplie la liste de contrôle :	Estimation des heures totales :
Responsable de la mise en œuvre au sein de l'organisme Nom : Courriel :	Estimation des heures totales :
Membres potentiels de l'équipe de soins intégrés : Nom : Organisation : Courriel : Nom : Organisation : Courriel : Nom : Organisation : Courriel :	

Liste de vérification de conformité – Sélection et approbation des critères

Mesure à prendre	Date d'achèvement	Commentaires (y compris les défis, améliorations et réussites)	Questions sur les résultats
Remplir les formules d'application de l'AC			
Soumettre le questionnaire d'évaluation BFEA-PSI et le formulaire d'application à l'Accès coordonné au Comité de résolution de cas de santé mentale de l'Accès coordonné			
Appuyer le client et sa famille et les encourager à participer activement au processus de l'AC			Quel rôle ont joué l'enfant/le jeune et/ou la famille dans la présentation à l'Accès coordonné?
Une fois la décision prise, le Fournisseur de services qui réfère fait le suivi avec le client et sa famille			
Déterminer le Responsable du Plan de soins intégré avec l'enfant/le jeune et la famille			Qui l'enfant/le jeune et la famille ont-ils choisi en tant que Responsable PSI? Qui est le Responsable PSI suppléant?

Fournisseur de services qui réfère Nom : Courriel : Date à laquelle est remplie la liste de contrôle :	Estimation des heures totales :
Responsable de la mise en œuvre au sein de l'organisme Nom : Courriel :	Estimation des heures totales :

Liste de vérification de conformité – Réunion d'orientation

Mesure à prendre	Date d'achèvement	Commentaires (y compris les défis, améliorations et réussites)	Questions sur les résultats
Organiser la réunion d'orientation			À quelle date s'est tenue la réunion d'orientation?
Élaborer et documenter l'énoncé de vision			
Discuter de la réunion de planification initiale sur le PSI			

Responsable PSI Nom : Courriel : Date à laquelle est remplie la liste de contrôle :	Estimation des heures totales :
Responsable de la mise en œuvre au sein de l'organisme Nom : Courriel :	Estimation des heures totales :

Liste de vérification de conformité – Réunion de planification initiale sur le PSI

Mesure à prendre	Date d'achèvement	Commentaires (y compris les défis, améliorations et réussites)	Questions sur les résultats
Organiser la réunion de planification initiale sur le PSI de l'équipe			À quelle date s'est tenue la réunion de planification initiale sur le PSI de l'équipe? Le client et/ou sa famille ont-ils participé à la première partie de la réunion? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Transmettre les Sommaires des services			Les membres de l'équipe de soins intégrés ont-ils tous préparé des Sommaires des services? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sinon, quels sommaires manquaient-ils? _____
Remplir le modèle PSI			Combien de rencontres ont été nécessaires pour remplir le modèle PSI?
Élaborer la Stratégie de gestion de crise			Combien de rencontres ont été nécessaires pour établir la Stratégie de gestion de crise?
Passer en revue le document : engagement d'équipe			
Passer en revue le document : conseils sur la tenue efficace d'une réunion			

Liste de vérification de conformité – Réunion de planification initiale sur le PSI

Mesure à prendre	Date d'achèvement	Commentaires (y compris les défis, améliorations et réussites)	Questions sur les résultats
Établir la fréquence des réunions, du suivi des progrès et des communications courantes			Quelle est la fréquence des rencontres pour ce client? Comment a-t-elle été établie?

<p>Responsable PSI Nom : Courriel : Date à laquelle est remplie la liste de contrôle :</p>	Estimation des heures totales :
<p>Responsable de la mise en œuvre au sein de l'organisme Nom : Courriel :</p>	Estimation des heures totales :
<p>Membres de l'équipe de soins intégrés (s'ils diffèrent de ceux à l'étape de l'identification)</p> <p>Nom : Organisation : Courriel :</p> <p>Nom : Organisation : Courriel :</p>	

Nom :

Organisation :

Courriel :

Nom :

Organisation :

Courriel :

Nom :

Organisation :

Courriel :

Nom :

Organisation :

Courriel :

Liste de vérification de conformité – Réunions courantes sur le PSI

Mesure à prendre	Date d'achèvement	Commentaires (y compris les défis, améliorations et réussites)	Questions sur les résultats
Déterminer si le PSI a besoin d'être modifié si un membre de l'équipe de soins intégrés décèle un besoin			Combien de rencontres ont eu lieu au cours du mois? Qui a convoqué ces rencontres?
Examiner et vérifier les progrès par rapport à la vision et aux objectifs décrits dans le PSI			Le PSI a-t-il été révisé?

Liste de vérification de conformité – Réunions courantes sur le PSI

Mesure à prendre	Date d'achèvement	Commentaires (y compris les défis, améliorations et réussites)	Questions sur les résultats
Évaluer s'il est nécessaire d'apporter des changements à l'équipe de soins intégrés			L'équipe de soins intégrés a-t-elle été modifiée? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez indiquer pour quelle raison.
Le client et/ou la famille remplissent la Mesure de la perception des soins (à la 1 ^{re} réunion puis tous les 6 mois)			
Examen du questionnaire d'évaluation BFEA-PSI, tous les 6 mois après qu'il ait été rempli au départ			

Responsable PSI Nom : Courriel : Date à laquelle est remplie la liste de contrôle :	Estimation des heures totales :
Responsable de la mise en œuvre au sein de l'organisme Nom : Courriel :	Estimation des heures totales :

Nouveaux membres de l'équipe de soins intégrés

Nom :

Organisation :

Courriel :

Nom :

Organisation :

Courriel :

Membres quittant l'équipe de soins intégrés

Nom :

Organisation :

Courriel :

Nom :

Organisation :

Courriel :