

Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa

Liste de vérification du présentateur

Lorsqu'un professionnel fait une demande aux Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa, il doit :

- Réviser le formulaire de demande afin de s'assurer que tous les documents nécessaires soient complétés. La page couverture du formulaire explique lesquels sont requis et lesquels seraient utiles. **Le professionnel, et non les parents, est responsable de remplir la demande d'application.**
- S'assurer que les parents /tuteurs ont reçu le Guide du parent-tuteur, leur expliquant leurs droits et responsabilités
- Expliquer le processus de présentation au parent / tuteur et les encourager à participer. Afin que les parents soient confortables, il est important de bien leur expliquer le déroulement de la présentation, les lieux, les personnes présentes, la durée ainsi que le processus de recommandation.
- S'assurer que les parents/tuteurs/enfants ont signé tous les formulaires de consentement y compris le formulaire de demande. **Il faut s'assurer que les parents/tuteurs comprennent très bien les consentements avant de signer.**
- Préparer une présentation de quinze minutes qui fait un résumé de l'historique familiale, des services antérieurs, des problèmes actuels ainsi que la demande faite au comité.
- Être prêt à répondre aux questions des membres du comité afin de leur permettre de mieux comprendre la situation qui leur est présentée.
- Informer le parent / tuteur des recommandations du Comité dans les cinq jours ouvrables suivant la présentation. Les recommandations seront acheminées au travailleur. Il en va de la responsabilité de ce dernier de faire parvenir celles-ci au parent /tuteur et de les accompagner dans l'implantation.
- Être présent à la présentation. Le parent / tuteur doit être mis au courant du fait que l'absence du travailleur soumettant la demande signifie l'annulation de la présentation.

**Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa
Guide d'information à l'intention des clients, des parents et des tuteurs**

Comités de Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa (SRACEO):

SRACEO est un mécanisme de résolution de cas pour les jeunes et familles à besoins multiples et complexes. Ce mécanisme facilite l'aiguillage vers certains services et constitue également un point d'accès unique pour les services intensifs, les classes de traitement de jour, des fonds variables ainsi que certains placements en établissements.

Des représentants de diverses agences de la région d'Ottawa siègent aux comités francophones et anglophones de SRACEO. La responsabilité des comités est d'assister les travailleurs et familles en émettant des recommandations et/ou en aiguillant vers certains services. SRACEO ne dispense pas de services directs.

Les principes inhérents à l'Accès coordonné et services de référence sont les mêmes que ceux du *Système de Soins*:

- Les enfants ont accès à une gamme complète de services.
- Les services sont individualisés.
- Les services sont prodigués dans un environnement le moins restrictif que possible.
- Les familles sont incluses comme participants à part entière dans la planification et la prestation des services.
- Les services sont intégrés et coordonnés.
- Une gestion de cas est offerte pour garantir l'efficacité de la coordination des services et de la navigation dans le système.
- Les enfants aux prises avec un trouble émotionnel grave ont droit à une transition sans heurt aux services pour adultes lorsqu'ils atteignent cet âge.
- Les droits des enfants aux prises avec un trouble émotionnel grave sont protégés.
- Les enfants reçoivent des services sans égard à la race, à la religion, aux origines nationales, au sexe ou à d'autres caractéristiques.

Qui peut faire appel à SRACEO et aux services de références?

Des professionnels travaillant au sein d'organismes communautaires, d'agence en santé mentale ou dans le système scolaire peuvent faire appel à SRACEO. Leur rôle est de travailler avec la famille et autres professionnels impliqués à préparer les documents requis en vue d'une présentation devant le comité approprié. Le travailleur soumettant la demande (l'accompagnateur) est responsable de monter le dossier, compléter le formulaire d'application et préparer l'information à présenter au comité cependant, les parents ou les tuteurs sont fortement encouragés à participer activement au processus de demande de services et aux présentations.

Qui peut faire l'objet d'une présentation au Comité de Services de références et de l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa?

Le mécanisme de SRACEO est conçu pour les enfants et familles à besoins complexes et pour qui les services offerts dans la communauté n'ont pu suffire à répondre aux besoins avec succès. Autrement dit, le mécanisme de SRACEO s'adresse à ceux et à celles dont les besoins ne peuvent pas être comblés par les services communautaires existants.

Quel est le mode d'opération de SRACEO et service de référence?

Les membres des Comités francophones et anglophones de l'Accès coordonné se rencontrent selon un horaire prédéterminé, lequel est développé sur une base annuelle. Ces rencontres se tiennent au cours de l'année, sauf durant les mois de juillet et août pour les programmes de traitement de jour et au mois d'août pour les programmes de santé mentale, trouble de développement et médicaux. Lorsque, de concert avec la famille, l'accompagnateur a réuni la documentation pertinente, il doit faire parvenir la demande à SRACEO ou au département des services aux élèves de chacun des conseils scolaires (traitement de jour seulement) pour qu'une date de présentation soit identifiée. L'accompagnateur doit informer et inviter la famille et autres personnes pertinentes à la présentation. On encourage fortement les parents à participer aux présentations afin d'avoir l'opportunité de communiquer leurs défis et besoins aux membres du comité.

Présentations faites auprès de SRACEO et de service de référence:

D'une durée approximative de 15 minutes, les présentations permettent de transmettre aux membres du Comité un bref historique de service et familial, les principales difficultés ainsi que les services demandés. Suite à la présentation, il est possible que les membres du Comité posent quelques questions afin de s'assurer de bien comprendre les besoins de l'enfant, du jeune et de la famille. Les membres du Comité réviseront ensuite l'information présentée et émettront les recommandations ou procéderont à un aiguillage du dossier. Ces recommandations sont envoyées au professionnel référant dans environ 5 jours ouvrables. L'accompagnateur est ensuite responsable de faire parvenir les recommandations à la famille et d'offrir le support nécessaire pour la mise en application des celles-ci.

Qui siège aux Comités de Services de références et de l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa?

Les Comités de SRACEO sont formés de représentants de diverses agences/organismes de différents secteurs. Ces agences sont :

- Association d'Ottawa-Carleton pour personnes ayant une déficience intellectuelle
- Association pour l'intégration sociale d'Ottawa
- Bureau des services à la jeunesse
- Centre d'accès aux soins communautaire Champlain
- Centre de traitement pour enfants d'Ottawa
- Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario
- Centre Psychosocial
- Centre Roberts Smart
- Christian Horizons
- Conseil des écoles catholiques du Centre-Est
- Conseil des écoles publiques de l'est de l'Ontario
- Crossroads Children Centre
- Dave Smith Youth Treatment Centre
- La maison de Roger
- Le Foyer Rotary d'Ottawa
- Maison Fraternité
- Ministère de la sécurité communautaire et des services correctionnels
- Ministère des services sociaux et communautaires
- Ministère des services à l'enfance et à la jeunesse
- Ottawa Carleton District School Board
- Ottawa Catholic School Board
- Ottawa Inuit Children's Centre
- Rideauwood Addiction and Family Services
- Service coordination de services
- Société de l'aide à l'enfance
- Service de santé Royal Ottawa
- Wabano Centre for Aboriginal Health
- Youturn

En tant que parent, tuteur ou tutrice, vous avez le droit :

1. De vous attendre à ce que les membres des comités respectent la nature confidentielle des renseignements qui auront été recueillis et présentés. Vous devez toutefois savoir que si le Comité recommande un aiguillage vers un organisme qui est représenté audit Comité de SRACEO et/ou qui dispense des services au nom de ce Comité, cet organisme recevra copie du dossier ayant servi à la présentation (à moins que vous ne vous y objectiez clairement).
2. D'assister aux discussions relatives à votre situation ou à celle de votre famille.
3. De porter en appel les recommandations du Comité.
4. De refuser l'un ou l'autre ou l'ensemble des services recommandés.
5. De consulter votre dossier et de spécifier qui seront les personnes qui pourront prendre connaissance de son contenu (nous devons conserver le dossier d'un client pendant une période de 10 années après son dernier contact avec SRACEO).
6. De recevoir l'aide de l'équipe d'Accès coordonné, soit en français, soit en anglais.
7. D'être informé de la manière dont seront utilisés les renseignements personnels que vous aurez transmis, à qui ils seront communiqués et comment ils seront conservés (voir formulaire de consentement). Si vous avez des questions ou des préoccupations relativement à l'utilisation de vos renseignements personnels, prière de communiquer avec :

Trouble de développement**Cathy Lonergan****2675, promenade Queensview****Ottawa (Ontario)****K2B 8K2****613-729-0577 poste 1254****Traitement de jour****Caroline Vinette-Arseneau****2675, promenade Queensview****Ottawa (Ontario)****K2B 8K2****613-729-0577 poste 1212**

Si vous vous objectez à notre politique en matière de protection des renseignements personnels, veuillez en informer par écrit madame Cathy Lonergan ou madame Caroline Vinette-Arseneau. Nous prendrons les mesures qu'il faut pour étudier votre dossier dans les plus brefs délais. Par la suite, nous vous communiquerons, par écrit, notre décision formelle et les raisons qui l'auront motivée.

Que peut-on attendre du Comité?

Le comité de SRACEO s'engage :

- À aider les enfants et les familles dont l'accès aux services dans la communauté fut insuffisant pour répondre avec succès aux besoins complexes et multiples. Le comité s'engage à réviser les besoins et à faire des recommandations et/ou à aiguiller vers des services plus spécialisés, flexibles et créatifs.
- À recommander les services cliniques les moins intrusifs et appropriés. Par conséquent, l'accès à un placement résidentiel au programme d'intervention enfant/famille offert par le Centre Roberts/Smart (CFI), n'est envisagé qu'en tout dernier recours.
- À fournir un feedback aux parents, aux tuteurs et aux intervenants qui ont fait les présentations.
- À informer les agences des aiguillages qui sont effectués.
- À traiter en toute confidentialité tous les cas qui sont portés à l'attention de l'Accès coordonné.

L'accompagnateur doit être présent à la présentation. Son absence amènera une annulation de la présentation.

Seuil de non-respect du principe de confidentialité

Il existe trois circonstances (voir ci-après) dans lesquelles l'équipe SRACEO serait appelée à effectuer un signalement sans avoir, au préalable, obtenu votre consentement.

1. Si on nous informe du fait qu'une personne a l'intention d'en blesser une autre sérieusement.
2. Si nous croyons que la sécurité d'un enfant de moins de 16 ans est menacée. Dans un tel cas, nous devons, en vertu de la loi, porter cette situation à l'attention de la Société d'aide à l'enfance.
3. Si, lorsqu'une cause est portée devant un tribunal, le juge exige de voir le contenu d'un dossier, nous devons le lui remettre. Ce juge décidera alors si le dossier renferme des renseignements pouvant servir lors du procès.

Processus d'appel

Le résultat souhaité d'une demande à l'Accès coordonné est de proposer des recommandations pour adresser les besoins des enfants qui ne sont pas comblés. Il est important de noter que la mise en œuvre des recommandations de l'Accès coordonné est à la discrétion du client (le cas échéant), parent ou fournisseur de services. Un appel ne peut être entamé qu'à la suite d'un refus de services. Par conséquent, un parent ou un fournisseur de services ne peut pas porter la recommandation en appel en fonction de leur « préférence » de service. L'intention de porter la recommandation en appel doit être dirigée par écrit au gestionnaire de l'Accès coordonné dans les 5 jours suivants la date de recommandation et doit inclure toute information supplémentaire soutenant la demande d'appel. Si le gestionnaire détermine que les nouvelles informations, justifient une révision, celui-ci réunira le comité afin qu'il revoit les recommandations ainsi que l'information additionnelle fournie par la famille ou le fournisseur de service.

Toutefois, suite à la révision, la décision clinique du comité sera finale. Si la famille/fournisseur de service demeure insatisfait suite à la révision, il doit en aviser le gestionnaire de l'Accès coordonné par écrit dans les 5 jours de la décision finale et demander une révision par le Comité directeur. Le gestionnaire convoquera le Comité directeur dans les 14 jours suivant afin de réviser le processus de prise de décision du comité. Il convient de noter que le Comité directeur ne révisera ou n'annulera pas les recommandations cliniques du comité de résolution de cas. La révision par le Comité directeur aura pour but unique d'assurer que le processus (tel que décrit dans le guide pour les parents et les valeurs et principes de l'accès coordonné) a été respecté. Si le Comité directeur détermine que le processus de résolution de cas a été respecté, les recommandations seront appuyées. Toutefois, si le Comité directeur juge que le processus n'a pas été suivi, il réunira à nouveau le comité de résolution de cas afin de procéder à une nouvelle présentation.

Le gestionnaire de l'Accès coordonné peut être rejoint par courrier au 2675, promenade Queensview, Ottawa, Ont. K2B 8K2 À l'attention du gestionnaire de l'Accès coordonné ou par courriel à info@coordinatedaccess.ca

Formulaire de demande **Traitement de jour**

Veillez noter que, si les documents et consentements ne sont pas signés et initialés, la présentation sera annulée.

- Formulaires de consentement (signés et initialés par le(s) parent(s)/tuteur(s) légal (aux), ou le jeune si âgé de 16 ans ou plus)
- Demande d'application de Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa
- Évaluation psychologique (moins de 2 ans)
- Bulletin scolaire et plan d'enseignement individualisé (PEI)
- Évaluation : i.e. orthophonie, ergothérapie et physiothérapie, psychiatrique (si disponible)
- Historique social
- Les demandes pour le Plan de soins intégrés doivent inclure le *CANS*

À TITRE D'INFORMATION SEULEMENT

- Une copie du dossier complet doit être reçue au Service à l'élève avant le lundi précédent la rencontre.
- P.S. L'organisme/école faisant une demande de services a la responsabilité de présenter le dossier/le cas au *Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa*. Nous encourageons les responsables de la présentation à être accompagné par des gens qui connaissent bien l'enfant/jeune, par exemple : autre organisme, membres de la famille, docteurs, spécialistes, psychiatres, etc.

AUTORISATION DE DIVULGATION DES DOSSIERS SCOLAIRES ET CLINIQUES

(Le(s) parent(s) ou tuteur légal doit signer le formulaire de consentement au nom de son enfant âgé de moins de 16 ans. Lorsque possible les enfants âgés entre 12 et 15 ans devraient aussi signer leur formulaire).

Par la présente, je (nom, prénom des parents ou tuteur légal) _____, du
(adresse) _____, consens à la divulgation, à l'examen et à la transmission, aux
membres de Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa des dossiers identifiés ci-dessous au sujet de:
(nom, prénom du client) _____, (date de naissance) _____

OU

(Les enfants âgés de 16 ans et plus doivent signer eux-mêmes les formulaires de consentement)

Je, (nom, prénom du client/e) _____, (date de naissance) _____
consens à la divulgation, à l'examen et à la transmission, aux membres de Services de références et l'Accès coordonné pour
enfants d'Ottawa des dossiers suivants :

Veillez cocher

Dossier scolaire

Dossiers cliniques compilés par : _____
(veuillez nommer l'organisme, l'institution et/ou l'individu)

Information à être divulguée en provenance des dossiers cliniques:

Dossier médical

Dossiers psychiatriques/psychologiques

Historique Social

Autre information pertinente ou information particulière : (précisez)

Je comprends que ce consentement a aussi pour objet de recueillir des informations en vue d'une recherche visant à comprendre les facteurs impliquant les services en santé mentale et la clientèle. Les informations obtenues demeureront confidentielles en étant codées et, ainsi, les client(e)s, ne seront pas identifiés par leurs noms. Ce consentement permet de divulguer de l'information au sujet d'une clientèle non identifiée par son nom et pourra faire l'objet de recherche sur les services en santé mentale et la clientèle. Les noms des clients et des clientes et/ou des tuteurs et/ou des parents ne seront aucunement associés aux résultats des recherches.

NOTE :

1. Un client ou une cliente âgé(e) de 12 ans et plus, ayant participé à des sessions de counseling avec ou sans le consentement parental ou celui de son tuteur, peut avec ou sans ce consentement, consentir à la divulgation, à la transmission ou à l'examen de ses dossiers de counseling.
2. Un client ou une cliente âgé(e) de 16 ans et plus peut avec ou sans le consentement parental ou celui de son tuteur consentir à la divulgation, à la transmission ou à l'examen de ses dossiers cliniques.
3. Un client ou une cliente âgé(e) de moins de 16 ans ne peut consentir à des services résidentiels et/ou traitement de jour sans le consentement parental ou celui de son tuteur.
4. Un client ou une cliente peut avec ou sans le consentement parental ou celui de son tuteur consentir à faire partie du programme de jour, seulement s'il a atteint l'âge de 16 ans.

Cette autorisation de divulgation, de transmission ou d'examen des informations décrites ci-dessus m'a été pleinement expliquée. Je comprends et je suis en accord avec la divulgation.

Signature du client(e) (si applicable)

Date

Signature du parent/tuteur

Date

Signature du témoin

Date

AUTORISATION DE PARTICIPATION AU MÉCANISME DES SERVICES DE RÉFÉRENCES ET L'ACCÈS COORDONNÉ POUR ENFANTS D'OTTAWA

(Le(s) parent(s) ou tuteur légal doit signer le formulaire de consentement au nom de son enfant âgé de moins de 16 ans. Lorsque possible les enfants âgés entre 12 et 15 ans devraient aussi signer leur formulaire).

Je, (nom, prénom du parent/tuteur) _____, consens à recevoir les services de résolution de cas / aiguillage de Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa au nom de (nom, prénom du client/e) _____, (date de naissance) _____.

OU (Les enfants âgés de 16 ans et plus doivent signer eux-mêmes les formulaires de consentement)

Je, (nom, prénom de famille du client/e) _____, (date de naissance) _____ consens à recevoir les services de résolution de cas / aiguillage de Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa .

- ▶ Je comprends que toute information fournie aux Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa sera diffusée auprès de tous les membres du comité à moins d'indication contraire par le client.
- ▶ Je consens à la divulgation de mon historique de service et familiale par les agences suivantes dans le cadre de la présentation aux Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa. Veuillez indiquer ci-dessous si vous ne consentez pas à ce qu'une agence partage votre historique de service et familiale avec les membres du comité.
- ▶ Je comprends que ce consentement permettra l'élaboration de recommandations relativement à l'admission / aiguillage aux services de santé mentale, traitement de jour et soins résidentiels. Cependant, ces derniers ne sont utilisés qu'en « dernier recours ».

Je suis conscient(e) que les organismes suivants participent au mécanisme des Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa et je consens à leur participation.

Veillez INDIQUER PAR UN CROCHET SI VOUS NE CONSENTEZ PAS à la participation d'une agence spécifique.

Association d'Ottawa-Carleton pour personnes ayant une déficience intellectuelle
Association pour l'intégration sociale d'Ottawa
Bureau des services à la jeunesse
Centre d'accès aux soins communautaire Champlain
Centre de traitement pour enfants d'Ottawa
Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario
Centre psychosocial
Centre Roberts Smart
Christian Horizons
Conseil des écoles catholiques du Centre-Est
Conseil des écoles publiques de l'est de l'Ontario
Crossroads Children Centre
Dave Smith Youth Treatment Centre
La maison de Roger
Le Foyer Rotary d'Ottawa
Maison Fraternité
Ministère de la sécurité communautaire et des services correctionnels
Ministère des services sociaux et communautaires
Ministère des services à l'enfance et à la jeunesse
Minwaashin Lodge
Odawa Native Friendship
Ottawa Carleton District School Board
Ottawa Catholic School Board
Ottawa Inuit Children's Centre
Rideauwood Addiction and Family Services
Service coordination de services
Société de l'aide à l'enfance

Service de santé Royal Ottawa
Tungasuvvingat Inuit
Wabano Centre for Aboriginal Health
Youturn

Autres agences impliquées auquel vous consentez à l'implication: (spécifiez) _____

Signature du client(e) (si applicable) _____ Date _____

Signature du parent/tuteur _____ Date _____

Signature du témoin _____ Date _____

MÉCANISME D'ACCÈS COORDONNÉ

- Je suis conscient (e) que si le comité recommande l'implication d'une agence participante au mécanisme des Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa, l'agence recevra une copie de la documentation fournie lors de la présentation, ainsi que les recommandations du comité. De plus, si des services de répit sont recommandés, Terrace Youth Residential Services Inc. recevra également une copie de la documentation fournie lors de la présentation, ainsi que les recommandations du comité.
- Je suis conscient (e) qu'une fois mon consentement donné, un dossier est ouvert dans le cadre de la présentation aux Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa. Les informations recueillies demeurent la propriété de cet organisme pendant dix ans suivant le dernier contact et seront archivées au Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa.
- Je suis conscient (e) que ce dossier demeure confidentiel. Une copie des informations recueillies y sera versée, puis une version électronique sera inscrite dans la base de données confidentielle du Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa.
- Je comprends que les Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa utilisera les informations recueillies dans le cadre de recherches en vue de comprendre les facteurs impliquant les services de santé mentale et la clientèle. Ces informations demeurent confidentielles et sont codées afin que ma famille et moi-même ne soyons pas identifiés par nos noms. Mon consentement signifie que je permets que ces données codifiées servent à la recherche en matière de santé mentale et de la clientèle.
- J'ai reçu le « Guide de renseignements pour client – parent/tuteur » qui comprend des informations au sujet de mes droits et responsabilités, des risques, bénéfices et processus d'appel relativement aux Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa.
- J'ai été avisé(e) que j'ai le droit de rejeter les recommandations ou aiguillage vers des services faits par le comité des Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa.
- Je comprends qu'il y a trois circonstances qui obligeraient les Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa à faire rapport de ces informations sans mon consentement. Elles sont les suivantes :
 1. Si l'on avise le comité que quelqu'un prévoit blesser gravement une autre personne.
 2. Selon la loi, si le comité croit qu'un enfant de moins de 16 ans est à risque d'être blessé, il doit en faire rapport à la Société d'aide à l'enfance.
 3. Si lors d'une cause entendue devant les tribunaux, le juge demande à voir l'information recueillie, Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa doit lui remettre le dossier afin qu'il décide si celle-ci est pertinente dans le cadre du procès.

Je consens à être contacté par les Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa en vue de donner mon opinion au sujet du niveau de satisfaction avec le processus et les services reçus. (S.V.P. remplir l'information qui suit.) Téléphone : (____) _____ - _____ Courriel : _____

J'ai lu le document et je suis d'accord avec son contenu. Je comprends l'information fournie et je connais mes droits et responsabilités.

Signature du client(e) (si applicable)

Date

Signature du parent/tuteur

Date

Date

Signature du témoin

Date

Date

FORMULAIRE DE DEMANDE

Equipe de travail			
RESPONSABLES DE LA PRÉSENTATION			
NOM :	RÔLE :	TÉLÉPHONE :	COURRIEL :
		() -	
		() -	
		() -	
SERVICE DEMANDÉ			

Nom de l'enfant			
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre		
Date de naissance			Âge :
École actuelle	Niveau scolaire :		
Tuteur légal			
Nom du parent			
Adresse			
Téléphone	Domicile	() -	Bureau () -
	Courriel		
Nom du parent			
Adresse			
Téléphone	Domicile	() -	Bureau () -
	Courriel		
Langue maternelle	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre -Spécifiez :		
Frères et soeurs	Nom	Date de naissance	École
Problèmes de santé			
Médecin de famille	Nom		
	Téléphone	() -	
Spécialiste (s)	Nom	Spécialité	Téléphone
			() -
			() -
			() -
Medicaments	Prescrit par		Dernière mise a jour

Diagnostiques	Professionnel ayant posé le diagnostique	Dernière mise a jour
<input type="checkbox"/> Trouble de l'attention		
<input type="checkbox"/> Trouble de l'attention avec hyperactivité		
<input type="checkbox"/> Trouble de communication		
<input type="checkbox"/> Dépression		
<input type="checkbox"/> Trouble anxieux		
<input type="checkbox"/> T.O.C. Trouble obsessionnel compulsif		
<input type="checkbox"/> Bipolarité		
<input type="checkbox"/> Syndrome Gilles de la Tourette		
<input type="checkbox"/> Trouble de conduite		
<input type="checkbox"/> Trouble d'opposition		
<input type="checkbox"/> Troubles du spectre autistique; spécifiez:		
<input type="checkbox"/> Autre; spécifiez:		

INFORMATION DÉMOGRAPHIQUE

GARDE PARENTALE ACTUELLE

- Garde parentale
- Garde parentale partagée
- Garde parentale (parent seul); identifiez le parent :
- Garde parentale- SAE entente relative à des soins temporaires
- Société de l'aide à l'enfance – pupille de la Couronne
- Société de l'aide à l'enfance – pupille de la Société ou en tutelle temporaire
- Société de l'aide à l'enfance – placement intérimaire sous les soins de la SAE
- Autonome
- Autre; précisez :

MILIEU DE VIE ACTUEL

- Famille Naturelle Élargie Adoptive
- Société de l'aide à l'enfance
 - Famille d'accueil
 - Foyer de groupe
 - Soins intrafamiliaux
- Habite chez un/une ami(e)
- Foyer de groupe (maison de traitement sans soins médicaux)
- Sans abri, refuge
- Hôpital (centre de traitement avec soins médicaux)
- Autonome
- Actuellement en détention
- Autre; précisez :

STRUCTURE FAMILIALE

- Parent seul Homme Femme
 Deux parents
 Autonome
 Je ne sais pas
 Autre

Nombre de personnes vivant dans la résidence principale de la famille [incluant le(la) client(e)] :
Nombre : _____ Inconnu

SEUIL DE REVENU

(L'information fournie nous permettra de mieux desservir et de répondre aux besoins des divers groupes socioéconomiques).

La famille de la personne vit-elle dans un logement subventionné?
 Oui Non Inconnu

Quel a été votre revenu familial total l'année dernière?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0-\$9,999 | <input type="checkbox"/> \$10,000-\$14,999 | <input type="checkbox"/> \$15,000-\$19,999 |
| <input type="checkbox"/> \$20,000-\$29,999 | <input type="checkbox"/> \$30,000-\$39,999 | <input type="checkbox"/> \$40,000-\$49,999 |
| <input type="checkbox"/> \$50,000-\$59,999 | <input type="checkbox"/> plus que \$60,000 | |

Source de revenu:

- Travail à temps plein
 Travail à temps partiel ou occasionnel
 Faible revenu
 Pension d'invalidité de l'Ontario
 Compensation - bien être social
 Bourse d'études
 Assurance chômage
 Contrat ou saisonnier
 Aide financière (Ontario au Travail)
 Autre : _____

APPARTENANCE/ORIGINE CULTURELLE:

(L'information fournie nous permettra de mieux desservir et de répondre aux besoins des divers groupes ethnoculturels).

Origines autochtones nord-américaines (Inuit, Métis, Premières Nations {Cree, Algonquin, Mohawk, Mi'kmaq, Ojibway})

précisez : _____

Autres origines nord-américaines (Acadien, Canadien, Américain, etc.)

précisez : _____

Origines européennes (Irlandais, Ecossais, Allemand, etc.)

précisez : _____

Origines des Caraïbes (Cubain, Haïtien, Portoricain, etc.)

précisez : _____

Origines de l'Amérique latine, centrale et du Sud (Brésilien, Hispanique, Mexicain, etc)

précisez : _____

Origines africaines (Congolais, Burundais, Somalien, etc.)

précisez : _____

Origines asiatiques (Lebanese, East Indian, Chinois, etc.)

précisez : _____

Origines de l'Océanie (Australien, Néo-Zélandais, Iles Pacifiques, etc.)

précisez : _____

Inconnu

LIEU DE NAISSANCE:

Canada

Autre pays (nombre d'années au Canada) _____

Statut de réfugié

PRINCIPAUX PROBLÈMES PRÉSENTEMENT MANIFESTÉS :

(Cocher toutes les réponses appropriées)

<p>Problèmes scolaires et troubles d'apprentissage</p> <p><input type="checkbox"/> École buissonnière</p> <p><input type="checkbox"/> Phobie scolaire</p> <p><input type="checkbox"/> Sous rendement scolaire</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage général</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage spécifique</p>	<p>Victime/témoign d'agression</p> <p><input type="checkbox"/> Abus sexuel</p> <p><input type="checkbox"/> Violence physique</p> <p><input type="checkbox"/> Violence affective</p> <p><input type="checkbox"/> Abus rapporté à: _____</p> <p>par : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Intimidation/taxage rapporté à : _____</p> <p>par: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Témoin de violence</p> <p><input type="checkbox"/> Négligence</p>
<p>Comportements perturbateurs</p> <p><input type="checkbox"/> Hostilité avec agressivité</p> <p><input type="checkbox"/> Hostilité sans agressivité</p> <p><input type="checkbox"/> Fugue</p> <p><input type="checkbox"/> Pyromanie</p> <p><input type="checkbox"/> Vol</p> <p><input type="checkbox"/> Vandalisme</p> <p><input type="checkbox"/> Actes à caractère sexuel</p> <p><input type="checkbox"/> Abus de substances</p> <p><input type="checkbox"/> Défie l'autorité</p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes avec le contrôle de soi</p> <p><input type="checkbox"/> Intimidation</p>	<p>Troubles de la pensée, de la perception et de l'humeur</p> <p><input type="checkbox"/> Perturbation du processus de la pensée</p> <p><input type="checkbox"/> Anxiété</p> <p><input type="checkbox"/> Automutilation</p> <p><input type="checkbox"/> Excitation continuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Changements brusques d'humeur</p> <p><input type="checkbox"/> Pensées suicidaires</p> <p><input type="checkbox"/> Comportements suicidaires</p>
<p>Troubles intellectuels/d'adaptation/fonctionnel</p> <p><input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Manque d'autonomie fonctionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Retard de développement</p>	<p>Problèmes de socialisation</p> <p><input type="checkbox"/> Peu d'amis parmi ses pairs</p> <p><input type="checkbox"/> Peu de relations avec les adultes</p> <p><input type="checkbox"/> Isolement social</p>
<p>Problématiques/préoccupations/dynamiques familiales</p> <p><input type="checkbox"/> Manque de soutien à la famille pour fournir soins</p> <p><input type="checkbox"/> Conflit/détresse familiale</p> <p><input type="checkbox"/> Conflit parent/enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Séparation de la famille</p> <p><input type="checkbox"/> Toxicomanie</p> <p><input type="checkbox"/> Problématiques de santé physique ou mentale</p> <p><input type="checkbox"/> Autre ;</p> <p>spécifiez : _____</p>	<p>Troubles physiques/sensoriels</p> <p><input type="checkbox"/> Dommages neurologique sévère</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de sommeil</p> <p><input type="checkbox"/> Énurésie</p> <p><input type="checkbox"/> Encoprésie</p> <p><input type="checkbox"/> Déficience ou trouble sensoriel</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble psychophysiologique</p> <p><input type="checkbox"/> Handicap physique</p>

DOSSIER SCOLAIRE:

Nombre d'écoles fréquentées auparavant, veuillez énumérer:

Année doublée : _____

Nombre de journées d'absences depuis septembre : _____

Commentaires :

Statut CIPR Oui Non Identification: _____

Points forts	Besoins
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

La personne fréquente-t-elle actuellement l'école?

- Oui
- Non, procédure de renvoi
- Non
- Non, suspension
- Inconnu
- Liste d'attente pour : _____

Identifier le placement actuel :

- Placement en classe régulière
- Placement en classe adaptée ; précisez : _____
- Placement en traitement de jour
- Autre ; précisez: _____
- Inconnu

SERVICES REÇUS

(Choisir ceux qui s'appliquent seulement. Veuillez indiquer le résultat des services dans le sommaire)

Organismes	Programmes	Actuel	Antérieur	Date	Complété
Société de l'aide à l'enfance	Foyer de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Foyer d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Foyer modèle parental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Adoption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Soins intrafamiliaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez):				
Centre Roberts/Smart	Intervention d'urgence	S/o	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement en milieu fermé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Services résidentiels (CFI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez):				
Bureau des services à la jeunesse	Services pour jeunes contrevenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Counseling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Services intensifs (TMS/SFI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Programmes communautaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Équipe mobile de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Wraparound	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Intervention d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez):					
Services de santé Royal Ottawa	Services externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Services internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Programme d'hospitalisation partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez):				
Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario	Soins internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Soins externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Clinique de désordre alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez):				
Crossroads Children's Centre	Services résidentiels	S/o	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Services intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Support à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Programme 6 ans et moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez):				
Services en toxicomanie	Centre David Smith	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Rideau Wood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Maison Fraternité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Sandy Hill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez):				

Organismes	Programmes	Actuel	Antérieur	Date	Complété
Centre Psychosocial	Services intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Services résidentiels	S/o	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Services de santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez):				
Conseil Scolaire	Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Travail social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autres:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

DÉCRIVEZ LES FORCES DE L'ENFANT/JEUNE/FAMILLE

DÉCRIVEZ LES BESOINS DE L'ENFANT/JEUNE/FAMILLE



SOMMAIRE:

SVP compléter un sommaire de l'enfant/jeune/famille étant présenté. **Veillez noter que le sommaire vous servira également lors de la présentation devant le comité.**

Un sommaire complet inclus les éléments suivants :

1. Bref historique familial et historique des services
2. Évènements significatifs tel qu'identifiés par la famille et le travailleur
3. Stratégies et interventions antérieures et résultats
4. Recommandations antérieures sur le plan clinique, santé mentale et communautaire

70""F go cpf g'hck'cwz 'Ugtxlegu'f g't² l² t gpegu'gvh³cee³ u'eqqt f qpp² 'r qwt "gphcpu'f Qwey c

(Signature du responsable de la présentation)

Date

(Signature du parent/tuteur)

Date

(Signature du client)

Date

Nom du client:

PRÉSENTEURS

NOM	TITRE	ÉCOLE/AGENCE	ADRESSE COURRIEL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

**LA PERSONNE SOUMETTANT LA DEMANDE EST RESPONSABLE DE
COMPLÉTER ET REMETTRE CES COORDONNÉS AU FACILITATEUR D'ACCÈS
COORDONNÉ LE JOUR DE LA PRÉSENTATION.**