

**A. Renseignements sur l'élève – À remplir par le parent/tuteur et l'école**

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_  Garçon  Fille  
Prière d'écrire lisiblement      Nom de famille      Prénom

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
AAAA MM JJ      Numéro de carte Santé : \_\_\_\_\_  
10 chiffres      (Code de version)

Adresse (domicile) : \_\_\_\_\_  
Rue App. Ville Code postal

|                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Contact principal<br>Nom : _____<br>Tél. (dom.) : _____<br>Cell. : _____<br>Bureau : _____ | <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Contact principal<br>Nom : _____<br>Tél. (dom.) : _____<br>Cell. : _____<br>Bureau : _____ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Langue parlée à la maison :  Français  Anglais  Autre : \_\_\_\_\_  
 Interprète nécessaire?  Non  Oui Si oui, préciser : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'interprète (le cas échéant) : \_\_\_\_\_ Entreprise/particulier : \_\_\_\_\_

**B. Renseignements sur l'école**

Nom de l'école : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
Rue Ville Code postal

Tél. : \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_

Directeur/directeur adjoint : \_\_\_\_\_

Enseignant : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_ matin  / après-midi

Personne-ressource autre que l'enseignant : \_\_\_\_\_

Personne ayant rempli le formulaire : \_\_\_\_\_  
Nom Lien Date

Membre de l'équipe assurant le suivi de la demande : \_\_\_\_\_  
Nom Tél. :

**À remplir par un membre de l'équipe clinique du conseil scolaire :**

Annexer le formulaire de consentement fourni par le parent/tuteur.

\_\_\_\_\_  
 Signature du dépositaire de renseignements personnels sur la santé ayant obtenu le consentement      Date  
*Le formulaire de consentement sera conservé dans le dossier scolaire de l'Ontario de l'élève.*

**Réservé au Santé à domicile Ontario :**     Nouveau patient     Ancien patient

**Programme d'infirmières et d'infirmiers en santé mentale et en toxicomanie  
Conseil scolaire catholique MonAvenir  
FORMULAIRE DE RENVOI**

TÉL. : 416 217-3820 \*TÉLÉC. : 416 506-0374

\*PRIÈRE DE RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR SEULEMENT

**Nom de l'élève :** \_\_\_\_\_

Prière d'écrire lisiblement

Nom de famille

Prénom

**Nom de l'école :** \_\_\_\_\_

**C. Services du Programme d'infirmières et d'infirmiers en santé mentale et en toxicomanie demandés –  
À remplir par un membre de l'équipe clinique ou du personnel scolaire**

**Conseil scolaire catholique MonAvenir** \*Toutes les demandes de services seront traitées par l'équipe clinique

**Navigation dans le système :**

- Soutien infirmier pour aider les élèves, leur famille et le personnel du CSC MonAvenir à avoir accès à des services appropriés de santé mentale et de toxicomanie, à des soins primaires et à des soins d'urgence/secondaires/tertiaires dans la communauté

**Les infirmières travailleront au sein d'une équipe interdisciplinaire du conseil scolaire avec d'autres professionnels de la santé en vue d'offrir des services et soutiens de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie aux élèves qui en ont besoin et à leur famille**

- Soutien infirmier nécessaire pour effectuer un triage préliminaire des élèves présentant des troubles de santé mentale complexes (p. ex. trouble de l'alimentation, idéation suicidaire, trouble psychiatrique, interactions entre les médicaments psychiatriques ou d'autres médicaments et les drogues comme la marijuana)
- Soutien infirmier nécessaire pour assurer le suivi et une transition sans heurt des élèves qui retournent à l'école après un épisode de maladie mentale ou de toxicomanie

**Est-ce que cette demande de renvoi a été examinée par l'équipe clinique?** Date de l'examen

**Préoccupation/raison du renvoi (p. ex. répercussions sur le rendement scolaire) :**

**D. Renseignements supplémentaires – À remplir par un membre de l'équipe clinique ou le parent/tuteur**

- Préoccupations d'ordre comportemental \_\_\_\_\_
- Préoccupations relatives à la sécurité \_\_\_\_\_
- Diagnostic formel \_\_\_\_\_
- Préoccupations d'ordre médical \_\_\_\_\_
- Autres organismes participant aux soins de l'enfant \_\_\_\_\_
- Participation du médecin \_\_\_\_\_
- Participation d'un fournisseur de soins de santé mentale communautaire \_\_\_\_\_
- Autre \_\_\_\_\_

**LIGNES DIRECTRICES POUR LE RENVOI**

Santé à domicile Ontario d'infirmières et d'infirmiers en santé mentale et en toxicomanie aux élèves de la maternelle à la 12<sup>e</sup> année. La section suivante décrit le processus de renvoi et les responsabilités du Santé à domicile Ontario, du CSC MonAvenir et des parents pour ce qui est de la prestation de ces services.

**PROCESSUS DE RENVOI**

**Remarque : Tous les renvois au Programme doivent être traités par l'équipe clinique.**

- i) L'école amorce le processus de renvoi au Programme par l'entremise du processus suivi par le conseil scolaire (voir ci-dessus) ou envoie le formulaire de renvoi au domicile de l'élève afin qu'il soit rempli par les parents ou le tuteur.
- ii) Un membre de *l'équipe clinique* étudie le formulaire de renvoi et le transmet par télécopieur au Santé à domicile Ontario
- iii) L'infirmière du Santé à domicile Ontario communique avec l'école afin de donner suite au renvoi.

**Responsabilités de l'école**

- i) Obtenir le soutien de toutes les parties (p. ex. parent, enseignant, élève) avant de procéder au renvoi.
- ii) Trouver un local où les services pourront être dispensés.
- iii) Offrir le soutien nécessaire pour la mise en place du plan de services, y compris s'assurer que le personnel scolaire peut être consulté au besoin.
- iv) Déterminer s'il y a des problèmes d'ordre linguistique et s'il faut obtenir les services d'un interprète (section A).

**Responsabilités du parent / tuteur**

- i) S'assurer que tous les renseignements figurant sur le formulaire de renvoi sont exacts et à jour.
- ii) Appuyer la mise en œuvre du plan de services dressé dans le cadre du Programme d'infirmières et d'infirmiers en santé mentale et en toxicomanie.

**Responsabilités du Santé à domicile Ontario**

- i) Dresser le plan de services en collaboration avec les parents, un membre de l'équipe clinique ou le responsable en matière de santé mentale.
- ii) Veiller au suivi du plan de services.
- iii) Fournir le soutien nécessaire ou mettre l'école et les parents en rapport avec les ressources communautaires pertinentes.