

**ERIE ST. CLAIR COMMUNITY CARE ACCESS CENTRE
CENTRE D'ACCÈS AUX SOINS COMMUNAUTAIRES D'ÉRIÉ ST-CLAIR**

Bureau principal de Chatham
Tél. : 310-CASC (2272)
Télééc. : 519 351-5842

Bureau secondaire de Sarnia
Tél. : 310-CASC (2272)
Télééc. : 519 337-4331

Bureau secondaire de Windsor
Tél. : 310-CASC (2272)
Télééc. : 519 258-6288

**Programme d'infirmières et d'infirmiers en santé mentale et en toxicomanie
Demande de services**

Nom : _____ DDN : _____ (jj-mm-aa)	
Numéro de carte Santé : _____ CV : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse du domicile : _____	
Province : _____ Code postal : _____ N° de tél. de l'élève : _____	
Langues parlées : <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> autres : _____	
Noms et coordonnées des parents ou du tuteur :	
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur
Nom : _____	Nom : _____
Numéros de téléphone :	Numéros de téléphone :
à domicile : _____	à domicile : _____
cellulaire : _____	cellulaire : _____
au travail : _____	au travail : _____
Autre personne à joindre en cas d'urgence (veuillez préciser sa relation avec l'élève) :	
Nom : _____	Relation : _____ Tél. : _____
Consentement :	
Ont consenti verbalement à la demande de services : <input type="checkbox"/> Élève (obligatoire) Date : _____ (jj-mm-aa)	
<input type="checkbox"/> Mère, père ou tuteur Date : _____ (jj-mm-aa)	
Renseignements au sujet de l'école :	
Conseil scolaire : _____	Année : _____
Nom de l'école : _____	Personne-ressource : _____
N° de téléphone : _____	N° de télécopieur : _____
Raison qui motive la demande de services :	
<input type="checkbox"/> Changement de comportement	<input type="checkbox"/> Préoccupations en fait de sécurité
<input type="checkbox"/> Santé mentale et toxicomanie	<input type="checkbox"/> Gestion des médicaments
<input type="checkbox"/> Navigation dans le système	<input type="checkbox"/> Dépistage et intervention précoces
<input type="checkbox"/> Suivi après interventions par le système de justice pour les jeunes	
<input type="checkbox"/> Suivi après un programme pour clients hospitalisés ou un programme de services d'urgence	
<input type="checkbox"/> Autre : _____	

Nom : _____	DDN : _____ (jj-mm-aa)
Facteurs de risque : Problèmes de sécurité : <input type="checkbox"/> État infectieux <input type="checkbox"/> Fumeurs au domicile <input type="checkbox"/> Armes à feu <input type="checkbox"/> Animaux de compagnie <input type="checkbox"/> Abus, mauvais traitements au domicile <input type="checkbox"/> Comportement à risque au domicile Préciser : _____	
Personne ou organisme ayant demandé les services : <input type="checkbox"/> Élève <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Pédiatre, psychiatre <input type="checkbox"/> Infirmière, infirmière praticienne <input type="checkbox"/> Psychologue, associé en psychologie : _____ <input type="checkbox"/> École (demande effectuée selon le protocole du conseil scolaire) <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Unité pour patients hospitalisés : _____ <input type="checkbox"/> Services d'urgence <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Professionnel de la santé doit fournir les renseignements suivants : <input type="checkbox"/> Antécédents (médecine, travail social, psychiatrie) <input type="checkbox"/> Médicaments (veuillez joindre la liste) <input type="checkbox"/> Résultats d'examens de laboratoire récents (dans les 3 mois) <input type="checkbox"/> Résumé au congé <input type="checkbox"/> Signes vitaux au congé Date d'admission (jj-mm-aa) : _____ Date de congé (jj-mm-aa) : _____ Médecin de famille : _____ Psychiatre : _____ Diagnostic : _____ Allergies : _____ Autres organismes ayant contact avec l'enfant : _____	

_____ Signature	_____ Nom (en caractères d'imprimerie), titre du poste et titre professionnel	_____ Date (jj-mm-aa)
_____ Organisme	_____ N° de téléphone	_____ N° de télécopieur

Nota : Une infirmière ou un infirmier en santé mentale et en toxicomanie du CASC d'Érié St-Clair communiquera avec l'élève, sa mère, son père ou son tuteur afin de demander ou de confirmer leur consentement.

**La présente demande de services ne doit pas être conservée
dans le Dossier scolaire de l'Ontario (DSO) de l'élève.**