

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 : _____ Numéro de carte Santé : _____
AAAA MM JJ 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 Nom : _____ Tél. (dom.) : _____ Cell. : _____ Bureau : _____	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Contact principal Nom : _____ Tél. (dom.) : _____ Cell. : _____ Bureau : _____
---	---

Langues parlées à la maison Français Anglais Autre : _____
 Services d'interprétation nécessaires? Non Oui Si oui, préciser : _____
 Nom de l'interprète (le cas échéant) _____
 Entreprise/particulier _____

B. Renseignements sur l'école – À remplir par 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 le parent/tuteur :

Je consens à ce que le conseil scolaire divulgue/communique au Santé à domicile Ontario les renseignements concernant mon enfant contenus dans le présent formulaire de renvoi.

Signature du parent/tuteur _____ Date _____
Le présent formulaire de renvoi sera conservé dans le dossier scolaire de l'Ontario de votre fils ou de votre fille.

Réservé au Santé à domicile Ontario: Nouveau patient Ancien patient

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 l'école**

Conseil scolaire Viamonde * Toutes les demandes de services seront traitées par l'Équipe d'aide à l'enfance en difficulté

Aider et soutenir le conseil scolaire pour qu'il puisse combler les lacunes en matière de services, p. ex. :

- Soutien infirmier nécessaire pour aider les élèves à faire la transition entre un établissement de soins psychiatriques ou un hôpital et l'école
- Soutien infirmier nécessaire pour aider le personnel du conseil scolaire et les familles à comprendre les effets des médicaments et la façon dont ils peuvent influencer le comportement et les besoins de l'élève en classe
- Soutien infirmier nécessaire pour aider le personnel du conseil scolaire et les élèves à trouver les traitements appropriés pour les problèmes d'abus de drogue, de dépendance et les troubles de la santé mentale
- Soutien infirmier nécessaire sur une base continue pour aider le personnel du conseil scolaire œuvrant dans le domaine de la promotion de la santé mentale et de l'éducation à répondre aux besoins convenus mutuellement
- Soutien infirmier nécessaire pour aider le personnel du conseil scolaire à trouver les ressources communautaires disponibles

Est-ce que cette demande de renvoi a été examinée avec l'Équipe d'aide à l'enfance en difficulté?

Date de l'examen :

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

D. Renseignements supplémentaires – À remplir par l'école 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 _____

Consentement du patient

Ces renseignements doivent être considérés comme confidentiels. Pour obtenir des éclaircissements sur le contenu de ce formulaire, composez le 416 217-3802.

Nom de l'élève :

Numéro de carte Santé :

Santé à domicile Ontario doit obtenir votre consentement pour recueillir et utiliser les renseignements personnels sur la santé de votre enfant et les divulguer aux dépositaires de renseignements personnels sur la santé dispensant des services de traitement à votre enfant.

AUTORISATION DE RECUEILLIR, D'UTILISER ET DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

Je comprends que Santé à domicile Ontario et ses fournisseurs de services à contrat recueillent les renseignements personnels sur la santé de mon enfant nécessaires aux fins de la prestation de services, y compris :

- la détermination des besoins de mon enfant et la coordination des services pouvant être dispensés
- l'évaluation régulière de ses besoins et des services qu'il reçoit
- la planification et l'évaluation des services
- les autres fins autorisées par la loi

En vue d'offrir à votre enfant les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie pertinents, Santé à domicile Ontario communiquera les renseignements personnels sur la santé de votre enfant à :

- l'école de votre enfant (les dépositaires de renseignements personnels non liés à la santé) : le directeur d'école, l'enseignant ou le travailleur auprès des enfants et des jeunes
- les organismes de santé, les médecins et les professionnels de la santé participant aux soins de votre enfant (y compris les dépositaires de renseignements sur la santé du CSViamonde suivants : travailleurs sociaux, psychologues, orthophonistes et ergothérapeutes).

Vous avez le droit de refuser de fournir votre consentement à ces services et de le retirer à tout moment en communiquant directement avec Santé à domicile Ontario. Par ailleurs, vous autorisez Santé à domicile Ontario à recueillir les renseignements personnels sur la santé de votre enfant et à les communiquer aux personnes suivantes :

1. Coordonnées du parent ou tuteur

Nom	Adresse	
Tél. (dom.)	Bureau	Cell.

Nom	Adresse	
Tél. (dom.)	Bureau	Cell.

Le présent formulaire de consentement est valide pendant que votre enfant reçoit des services par l'intermédiaire du Santé à domicile Ontario. Si à un moment quelconque vous voulez apporter une modification au consentement, veuillez communiquer avec Santé à domicile Ontario.

Est-ce que vous comprenez et acceptez tout ce que contient ce formulaire de consentement? Si oui, veuillez cochez la case ci-dessous et signer le document.

Oui, je comprends le contenu du présent formulaire et je l'accepte.

Nom de famille du parent/tuteur	Prénom du parent/tuteur	Signature	Date
---------------------------------	-------------------------	-----------	------

Veillez préciser toute restriction s'appliquant à ce consentement :

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^e année. La section suivante décrit le processus de renvoi et les responsabilités du Santé à domicile Ontario, du CSViamonde 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 d'aide à l'enfance en difficulté.

- 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 d'aide à l'enfance en difficulté du CSViamonde 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 de Santé à domicile Ontario :

- i) Dresser le plan de services en collaboration avec les parents et le personnel scolaire.
- 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.