



Centre Walgwan Center

Liste des documents à envoyer

A) Veuillez remplir les formulaires suivants:

| | | | |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Formulaire demande admission | <input type="checkbox"/> | Consentement aux timbres anti-tabac | <input type="checkbox"/> |
| Consentement aux soins | <input type="checkbox"/> | Formulaire d'engagement aux soins | <input type="checkbox"/> |
| Consentement aux activités | <input type="checkbox"/> | Consentement divulgation information | <input type="checkbox"/> |
| Consentement vaccination | <input type="checkbox"/> | Consent surveillance vidéo | <input type="checkbox"/> |
| Procédures en cas de fugue | <input type="checkbox"/> | Autres rapports cliniques disponibles | <input type="checkbox"/> |

B) Veuillez vous assurer que tous les documents suivants sont joints à la demande et dûment signés par les personnes autorisées.

| | Inclus | À suivre | Non disponible |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Certificat de naissance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carte assurance sociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information scolaire et bulletin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information consommation substances | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ordre de la cour/Mesures alternatives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Formulaires de consentement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dossier médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carte assurance médicale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information sur la famille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres (rapports sur traitement passé) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lettre de motivation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Assurez-vous que l'inventaire de vêtements obligatoires est complet, en indiquant si le client a tous les vêtements nécessaires à l'admission.

Si vous avez en mains d'autres renseignements que vous jugez utiles ou si vous avez besoin de plus d'espace pour les formulaires, n'hésitez pas à joindre des pages supplémentaires.

C) Postez, envoyez par télécopie ou par courriel à l'attention de :

Intake Worker
Centre Walgwan Center
75 School Street
Gesgapegiag (Québec) G0C 1Y0
Téléphone : 418 759-3006
Télécopieur : 418 759-3064
ashley@walgwan.com

CENTRE WALGWAN CENTER DEMANDE D'ADMISSION



VEUILLEZ NOTER QUE TOUTES LES SECTIONS DOIVENT ÊTRE REMPLIES

LES DEMANDES NON COMPLÈTES PEUVENT ÊTRE RETOURNÉES, RETARDANT AINSI LE PROCESSUS D'ADMISSION

Le formulaire doit être rempli par l'agent de la personne référée

Si une information ne s'applique pas, indiquez SO, inconnue, inscrivez INC et non disponible, indiquez ND.

N'hésitez pas à joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire.

| Information client | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------|------------------------|--|------------------------|--|--------------------------------------|--|------------------------|--|--|
| Date de réception de la demande par le travailleur communautaire : | Cliquez ici pour entrer une date. | | | Date de réception de la demande au Centre de traitement | | | Cliquez ici pour entrer une date. | | | | |
| Nom de famille | Prénom | | | Surnom | | | | | | | |
| Date de naissance | Cliquez ici pour entrer une date. | | Âge | Sexe | Choisissez un élément. | Carte assurance-maladie | | | | | |
| Adresse client | | | | Téléphone | | | | | | | |
| Langue parlée | | | Langue préférée | | | Langue comprise | | | | | |
| Statut indien | | N° traité | | | Nom de bande | | | | | | |
| Parents biologique | | | | | | | | | | | |
| Nom tuteur | | | Adresse tuteur | | | Tél. tuteur | | | | | |
| Lieu de travail | | | | Téléphone | | | | | | | |
| Implication des services sociaux | | | | | | | | | | | |
| Nom de l'agence | | | | Téléphone | | | | | | | |
| Nom du travailleur | | | | Statut du client | | | Choisissez un élément. | | | | |
| Famille/Relations | | | | | | | | | | | |
| Est-ce que le client a des enfants à charge? | | | | | | Choisissez un élément. | | | | | |
| Si oui, sont-ils placés de façon adéquate pendant la durée traitement ? | | | | | | Choisissez un élément. | | | | | |
| Ces enfants sont-ils placés? | | | | | | Choisissez un élément. | | | | | |
| Est-ce que le client a d'autres personnes à sa charge? | | | | | | Choisissez un élément. | | | | | |
| Fournissez l'information au sujet des enfants du client ou des autres personnes à charge | | | | | | | | | | | |
| Nom | | | Âge | | | | Relation | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Avec qui le client habite-t-il? | | | Choisissez un élément. | | | Avec qui le client se sent le plus proche? | | | | | |
| Est-ce que le client s'entend bien avec les membres de sa famille? | | | | | | | | | | | |
| Est-ce que le client a des frères et sœurs? | | | | | | | | | | | |
| Nom | | | Âge | | État de santé | | Habite avec | | | | |
| | | | | | | | Choisissez un élément. | | | | |
| | | | | | | | Choisissez un élément. | | | | |
| | | | | | | | Choisissez un élément. | | | | |
| | | | | | | | Choisissez un élément. | | | | |
| | | | | | | | Choisissez un élément. | | | | |
| | | | | | | | Choisissez un élément. | | | | |
| | | | | | | | Choisissez un élément. | | | | |
| Nom de la mère | | | | | | | | | | | |
| Nom du père | | | | | | | | | | | |
| Le client a-t-il des amis proches | | | | Choisissez un élément. | | | Si oui, qui? | | | | |
| A-t-il un copain ou une copine? | | | | Choisissez un élément. | | | Le client est-il actif sexuellement? | | Choisissez un élément. | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|--|--------------------------|
| Est-ce que le client parle aux aînés? | | Choisissez un élément. | | Est-il prêt à écouter? | | Choisissez un élément. | | | | | |
| Croyances religieuses | | | | | | | | | | | |
| Autre | | | | | | | | | | | |
| Soutiens familiaux | | | | | | | | | | | |
| Forces familiales | | | | | | | | | | | |
| Éducation | | | | | | | | | | | |
| Le client va-t-il à l'école? | | Choisissez un élément. | | Le client aime-t-il l'école? | | Choisissez un élément. | | | | | |
| Le plus haut niveau achevé | | | | | | | | | | | |
| Le client a-t-il un plan d'éducation individualisé? | | | | Choisissez un élément. | | Si oui, veuillez l'inclure | | | | | |
| Nom de l'école | | | | | Dernière année de présence à l'école | | | | | | |
| Antécédent médical | | | | | | | | | | | |
| Le client a-t-il des problèmes médicaux? | | | Choisissez un élément. | Le client exige-t-il un formulaire de consentement? | | | Choisissez un élément. | | | | |
| Précisez : | | | | | | | | | | | |
| Nom du médecin de famille | | | Téléphone | | | | | | | | |
| Le client prend-il des médicaments en ce moment? | | | Choisissez un élément. | A-t-il des allergies? | | | Choisissez un élément. | | | | |
| Nom de la clinique médicale | | | | | | | | | | | |
| Qui a procédé à l'examen médical? | | | Titre | | | | | | | | |
| Code postal | | Téléphone | | | | | | | | | |
| Pression sanguine | | Poids | | Taille | | | | | | | |
| La vaccination est-elle à jour? | | | | Choisissez un élément. | | | | | | | |
| Sinon quelle est la vaccination requise? | | | | | | | | | | | |
| Le test de tuberculose est requis avant l'admission | | | Date du test | | Cliquez ici pour entrer une date. | | | | | | |
| Résultat du test | | | | | | | | | | | |
| Le test est-il inclus? | | Choisissez un élément. | | Si non, expliquer | | | | | | | |
| Dans le cas d'une cliente indiquez la date de la dernière menstruation | | | | Cliquez ici pour entrer une date. | | | | | | | |
| La cliente est-elle enceinte? | | Choisissez un élément. | | | Si oui, nombre de semaines | | | | | | |
| Examen médical par : | | Date de l'examen | | Cliquez ici pour entrer une date. | | | | | | | |
| | | Normal | | Anormal→ | | Spécifier | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Gastro-intestinal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Génito-urinaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Respiratoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Musculo-squelettique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Réticulo-endothélial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Sang, lymphatique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Abdomen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Thyroïde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Apparence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Oreilles, nez, gorge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Cheveux, peau, ongles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Autres problèmes de santé : | | | | | | | | | | | |
| Problèmes alimentation | | <input type="checkbox"/> | Problèmes sommeil | | <input type="checkbox"/> | Énurésie | | <input type="checkbox"/> | Problèmes apprentissage | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | | | (handicaps) | | <input type="checkbox"/> |
| Asthme | | <input type="checkbox"/> | Diabète | | <input type="checkbox"/> | Épilepsie | | <input type="checkbox"/> | | | |
| Allergies | | <input type="checkbox"/> | MTS | | <input type="checkbox"/> | Hyperactivité | | <input type="checkbox"/> | Déficience mentale | | <input type="checkbox"/> |
| Agitation | | <input type="checkbox"/> | Problèmes auditifs | | <input type="checkbox"/> | Hallucinations | | <input type="checkbox"/> | Mauvaise mémoire | | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|---|---|-----------------------------------|
| Mauvaise hygiène | <input type="checkbox"/> | Problèmes de peau | <input type="checkbox"/> | Problèmes concentration | <input type="checkbox"/> |
| Poux et lentes | <input type="checkbox"/> | Problèmes visuels | <input type="checkbox"/> | Problèmes coordination | <input type="checkbox"/> |
| Veuillez indiquer les détails sur les problèmes de santé et les traitements si nécessaire | | | | | |
| | | | | | |
| Problèmes juridiques | | | | | |
| Le client a-t-il déjà eu des problèmes avec la loi? | | | | Choisissez un élément. | |
| Expliquer : | | | | | |
| Présent statut légal | Pas de statut légal | <input type="checkbox"/> | Ou indiquez tous les détails requis selon qu'ils s'appliquent | | |
| Loi sur la protection de la jeunesse | | | <input type="checkbox"/> | Loi sur les jeunes contrevenants | |
| Article 38 | Choisissez un élément. | | | Mesures alternatives | <input type="checkbox"/> |
| Mesures alternatives | <input type="checkbox"/> | | | N° ordonnance | |
| Ordonnance tribunal | <input type="checkbox"/> | | | N° article | |
| N° ordonnance | | | | | |
| N° article | | | | | |
| Date expiration | Cliquez ici pour entrer une date. | | | Date expiration | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Offense : | | | | | |
| *** Si applicable, veuillez inclure tous les documents légaux pertinents au statut indiqué ci-haut ** | | | | | |
| Liste des placements relatifs à la Loi sur les Jeunes contrevenants OU Protection de la jeunesse OU Placements volontaires : | | | | | |
| Date et durée du placement | | Résidence | | Nom du responsable | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Le client doit-il comparaître en cour? | | Choisissez un élément. | | | |
| Si oui, indiquer la date prévue : | | | | | |
| Raisons : | | | | | |
| Est-ce que l'alcool ou d'autres substances comme le « sniff » ou la drogue étaient impliqués dans les problèmes juridiques du client? | | | | Choisissez un élément. | |
| Y a-t-il des limitations judiciaires de contact pour ce client? | | | | Choisissez un élément. | |
| Nom : | | | Lien avec le client : | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Veuillez inclure les documents de Pré-sentence, Décisions de la cour, Probation ou tout autre document pertinent en annexe. | | | | | |
| L'alcool ou toute autre substance tels que substances ou produits inhalés étaient-ils impliqués dans les problèmes légaux du client? | | | | | |
| Expliquez : | | | | | |
| | | | | | |
| Le client est-il actuellement en liberté conditionnelle ou sous une décision de la cour? | | | | Choisissez un élément. | |
| Agent de probation (Nom) | | | Tél. | | Télec. |
| Ordonnance de probation | Du | Cliquez ici pour entrer une date. | Au | Cliquez ici pour entrer une date. | |
| Conditions | | | | | |
| Copie jointe? | Choisissez un élément. | Le client s'est-il impliqué dans l'abus de substances/solvants? | | | Choisissez un élément. |
| Antécédent de la consommation chimique | | | | | |
| Information sur l'abus de solvants ou d'autres substances | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|--|---|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Veuillez indiquer toutes les substances utilisées par le client : | | | | | | | |
| Essence | <input type="checkbox"/> | Butane | <input type="checkbox"/> | Produits nettoyants | <input type="checkbox"/> | Diesel | <input type="checkbox"/> |
| Vernis à ongle | <input type="checkbox"/> | Ciment | <input type="checkbox"/> | Fixatif pour cheveux | <input type="checkbox"/> | Diluant à peinture | <input type="checkbox"/> |
| Propane | <input type="checkbox"/> | Déodorant | <input type="checkbox"/> | Liquide correcteur | <input type="checkbox"/> | Dissolvant vernis à ongles | <input type="checkbox"/> |
| Colle | <input type="checkbox"/> | | | Désodorisant | <input type="checkbox"/> | Peinture en aérosol | <input type="checkbox"/> |
| Médicaments prescrits | | | <input type="checkbox"/> | Médicaments courants | | | <input type="checkbox"/> |
| Lesquels? | | | Lesquels? (Tylenol, sirop pour la toux) | | | | |
| | | | | | | | |
| Alcool | <input type="checkbox"/> | Marijuana, Weed ou Haschisch | <input type="checkbox"/> | Cocaïne | <input type="checkbox"/> | PCP | <input type="checkbox"/> |
| LSD | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Autres? Spécifiez lesquels : | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Indiquez les substances consommées par ordre de préférence | | | | | | | |
| Substance | Date d'usage | | Fréquence | Quantité consommée | | | |
| | Premier | Dernier | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Est-ce que sa consommation a augmenté avec le temps? | | | | Choisissez un élément. | | | |
| À quel âge le client a-t-il consommé le plus? | | | | | | | |
| Quels sont les éléments déclencheurs de sa consommation? | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Quelles sont les principales raisons invoquées par le client pour consommer? | | | | | | | |
| Pour avoir des amis | <input type="checkbox"/> | Pour faire comme mes amis | <input type="checkbox"/> | Pour être accepté | <input type="checkbox"/> | | |
| Parce que personne ne m'aime | <input type="checkbox"/> | Parce que personne ne s'occupe moi | <input type="checkbox"/> | Pour avoir du plaisir | <input type="checkbox"/> | | |
| Pour oublier mes problèmes | <input type="checkbox"/> | Parce que personne ne me comprend | <input type="checkbox"/> | Autre | <input type="checkbox"/> | | |
| Le client a-t-il déjà fait l'expérience d'une période d'abstinence? | | | | Choisissez un élément. | | | |
| Si oui, indiquez la durée et les dates de cette période : | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Expliquez les méthodes utilisées pour maintenir l'abstinence | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Veuillez indiquer les problèmes rencontrés par le client à cause de sa consommation de substance : | | | | | | | |
| Perdre des amis | <input type="checkbox"/> | Se faire suspendre de l'école | <input type="checkbox"/> | Comportement agressif | <input type="checkbox"/> | | |
| Faire des choses que tu regrettes | <input type="checkbox"/> | Être arrêté pour un délit | <input type="checkbox"/> | Avoir honte | <input type="checkbox"/> | | |
| Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> | Oubli de ce qui s'est passé | <input type="checkbox"/> | Perte de conscience | <input type="checkbox"/> | | |
| Sentiment de culpabilité | <input type="checkbox"/> | Avoir tenté de se suicider | <input type="checkbox"/> | Avoir peur sans raison | <input type="checkbox"/> | | |
| Hospitalisation d'urgence | <input type="checkbox"/> | Devenir malade en essayant d'arrêter de consommer | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Avoir eu des hallucinations | <input type="checkbox"/> | Avoir été en situation de danger ou avoir eu un accident | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Blesser une personne que tu aimes | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Commentaires : | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| À quel âge le client a-t-il commencé à « renifler »? | | Choisissez un élément. | | À quel âge le client a-t-il commencé à boire de l'alcool? | | Choisissez un élément. | |
| À quel âge le client a-t-il commencé à utiliser d'autres drogues? | | Choisissez un élément. | | Y a-t-il d'autres membres de sa famille qui consomment des solvants/substances? | | Choisissez un élément. | |
| Si oui, qui d'autre? | | | | | | | |

| | | | |
|--|------------------------|---|------------------------|
| Le client consomme-t-il seul ou avec les autres? | Choisissez un élément. | Le client renifle-t-il ou souffle-t-il chez lui généralement? | Choisissez un élément. |
| Le client renifle-t-il ou souffle-t-il généralement chez un ami? | Choisissez un élément. | Le client renifle-t-il ou souffle-t-il généralement à l'école? | Choisissez un élément. |
| Le client renifle-t-il ou souffle-t-il généralement dans un bâtiment abandonné? | Choisissez un élément. | Le client renifle-t-il ou souffle-t-il généralement dans un véhicule abandonné? | Choisissez un élément. |
| Le client renifle-t-il ou souffle-t-il généralement dans une fête? | Choisissez un élément. | Le client renifle-t-il ou souffle-t-il dehors généralement? | Choisissez un élément. |
| Y a-t-il d'autres endroits où le client renifle ou souffle généralement? | | | |
| Est-ce que le client a perdu des amis suite au reniflement ou souffle? | | Choisissez un élément. | |
| Est-ce que le client s'est déjà bagarré lorsqu'il consommait? | | Choisissez un élément. | |
| Est-ce que le client a déjà causé des blessures graves à quelqu'un? | | Choisissez un élément. | |
| Expliquez : | | | |
| Est-ce que le client a des problèmes médicaux, physiques, psychologiques ou émotionnels à cause de sa consommation de substances/solvants? | | Choisissez un élément. | |
| Expliquez : | | | |
| Est-ce que le client sent qu'il est en contrôle de sa consommation de substances ou solvants? | | Choisissez un élément. | |
| A-t-il déjà envisagé de diminuer ou de cesser? | | Choisissez un élément. | |
| Le client a-t-il déjà été en traitement pour sa consommation de substances/solvants? | | Choisissez un élément. | |
| Si oui, où est-il allé en traitement? | | | |
| Quand a-t-il reçu ce traitement? | | | |
| Combien de temps le client est-il resté dans le programme? (En termes de mois) | | Choisissez un élément. | |
| Est-ce que le client a participé dans un programme pour la toxicomanie ou la santé mentale non résidentiel/basé dans la communauté? | | Choisissez un élément. | |
| Si oui, dans type de programme? | | | |
| Fonction psychologique | | | |
| Est-ce que le client a déjà parlé ou écrit au sujet de son désir de s'enlever la vie? | | Choisissez un élément. | |
| Est-ce que le client a déjà tenté de se suicider? | | Choisissez un élément. | |
| Combien de fois? | | Choisissez un élément. | |
| Comment le client a-t-il tenté de s'enlever la vie? | | | |
| Est-ce que le client a tendance à s'isoler lorsqu'il est déprimé ou malheureux? | | Choisissez un élément. | |
| Est-ce que le client est triste ou malheureux? | | Choisissez un élément. | |
| Fréquence à laquelle le client est triste ou malheureux? | | Choisissez un élément. | |
| Y a-t-il un passé connu de sévices sexuels? | | Choisissez un élément. | |
| Y a-t-il un passé connu d'agression physique? | | Choisissez un élément. | |
| Y a-t-il un passé connu de cruauté mentale? | | Choisissez un élément. | |
| Expliquez : (i.e. à quel âge y a-t-il eu constat et quels sont les résultats?) | | | |
| Est-ce que le client pourrait avoir été témoin d'un passé d'agression familiale? | | Choisissez un élément. | |
| Expliquez : | | | |
| Lorsque le client est sobre, a-t-il communiqué avec des esprits que personne ne peut voir ou entendre? | | Choisissez un élément. | |
| Ces communications sont-elles positives ou négatives pour le client? | | Choisissez un élément. | |
| Expliquez : | | | |
| Y a-t-il des périodes où il est impossible de communiquer avec le client? | | Choisissez un élément. | |
| Expliquez : | | | |
| Le client a-t-il déjà reçu des évaluations psychologiques ou de l'aide psychologique? | | Choisissez un élément. | |

| | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Si oui, pourquoi? | | | |
| Problèmes de santé mentale | | | |
| Le client a-t-il des problèmes de santé mentale | | Choisissez un élément. | |
| Si oui, veuillez spécifier : | | Choisissez un élément. | |
| Autres, veuillez spécifier : | | | |
| Veuillez spécifier les situations ou éléments déclencheurs des problèmes mentionnés ci-haut, ainsi que les dates ou périodes, la durée, les méthodes de contrôle utilisées, etc. | | | |
| | | | |
| Le client bénéficie-t-il d'un suivi thérapeutique? | | Choisissez un élément. | |
| Si oui, nom du spécialiste : | | | |
| Raison du suivi : | | | |
| | | | |
| Veuillez inclure le rapport du spécialiste. Rapport inclus? | | Choisissez un élément. | |
| Si le client n'est pas suivi présentement, recommanderiez-vous un suivi basé sur votre évaluation | | | |
| Choisissez un élément. | | Si oui, pour quelles raisons? | |
| | | | |
| Le client prend-il des médicaments? | | Choisissez un élément. | |
| Si oui, précisez : | | | |
| Médication | Date début / Date de fin | Posologie | Cause du traitement |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Le client a-t-il des restrictions alimentaires? | | Choisissez un élément. | |
| Si oui, lesquelles? | | | |
| | | | |
| Veuillez spécifier toute autre information médicale pertinente : | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Date à laquelle le client a été vu? | | Cliquez ici pour entrer une date. | |
| Signature du responsable médical : | | | |
| Ressources externes | | | |
| Y a-t-il d'autres agences qui sont impliquées auprès de votre client ou sa famille? | | Choisissez un élément. | |
| Si oui, lesquelles et quels services offrent-elles? (Par ex., PNLAADA, RSC, Services aux familles) | | | |
| Activités/Pratiques familiales (Que voyez-vous comme famille?) | | | |
| Rôles/ Relations familiales (Comment interagissent-ils?) | | | |
| Statut dans la communauté (Comment est-elle perçue dans la communauté?) | | | |
| Quel système de croyance est pratiqué? | | | |
| Comment le client occupe-t-il ses temps libres? | | | |
| Qui sont les autres personnes de soutien pour la famille? (Par exemple, aînés, famille élargie, groupes communautaires, travailleur communautaire, RCS, PNLAADA, CWPW) | | | |
| | | | |
| Le client est-il conscient des effets des solvants et des substances? | | Choisissez un élément. | |
| Sa famille est-elle consciente des effets des solvants et des substances? | | Choisissez un élément. | |
| Le travailleur communautaire du client est-il conscient des effets des solvants et des substances? | | Choisissez un élément. | |
| Quelles démarches la famille est-elle prête à | | | |

| | | |
|--|--|------------------------|
| prendre pour régler le problème? | | |
| Y a-t-il quelqu'un parmi les membres de la famille du client qui a reçu un traitement pour la toxicomanie? | | Choisissez un élément. |
| Expliquez : | | |
| Est-ce que les parents appuient leur enfant qui reçoit le traitement? | | Choisissez un élément. |
| Expliquez : | | |
| Suite à l'achèvement du programme par l'enfant, quel système de soutien voyez-vous comme efficace pour aider l'enfant à maintenir une vie sobre | | |
| Est-ce que la famille élargie soutient la famille qui demande de l'aide et/ou des traitements pour elle ou leur enfant? | | Choisissez un élément. |
| Expliquez : | | |
| Est-ce que la famille serait prête à venir à notre Centre de traitement pour observer le programme en action dans le cadre du processus d'admission? | | Choisissez un élément. |

Les questions en **ROUGE** dans ce formulaire sont obligatoires.

Après avoir sauvegarder ce document, veuillez l'envoyer à ashley@walgwan.com



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Je, _____, en ce jour de _____
(Parent / Tuteur légal) (Aujourd'hui – jj / mm / yy)

autorise le directeur général du Centre Walgwan Center ou son représentant à fournir un traitement de réadaptation pour

(Nom du client)

(Date de naissance)

Pour la durée du :

Programme complet (14 semaines)

Programme de prévention (4 semaines)

Je comprends que je consens aussi à :

- Une évaluation psychologique ou psychiatrique
- Une évaluation médicale et au traitement
- Donner la permission au Centre de transmettre et de recevoir des renseignements personnels en ce qui concerne les dossiers cliniques à et des :

Services sociaux, services psychologiques, la PNLAADA, les travailleurs et le Centre jeunesse, les services psychiatriques, les écoles et à d'autres si nécessaire.

Je comprends qu'aucune information ne sera révélée à d'autres personnes sans mon consentement écrit excepté aux personnes directement impliquées dans le traitement.

Je peux révoquer ou modifier mon consentement à révéler l'information en tout temps.

Signature du client _____

Signature du parent _____

Ou tuteur légal

Signature du référent _____

Date d'entrée en vigueur _____ Date de fin du consentement _____

(30 jours après le traitement)

CONTRAT D'ENGAGEMENT ENVERS LES SOINS À DONNER



À la suite de l'admission de _____ , le jour de _____
_____, I, _____

(relation avec le jeune) _____ , m'engage à le/la soutenir

durant son séjour au Centre Walgwan Center et aussi de m'informer au sujet de ses progrès dans son programme.

Je garderai un contact téléphonique avec le jeune à la fréquence suivante :

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Nous suggérons fortement d'appeler après 18 heures au numéro 418 759-3075. Il peut y avoir des autorisations spéciales au sujet des heures d'appel dans le but de s'ajuster à l'horaire des éducateurs.

Signé le (date) : _____ , à Gesgapegiag (Centre Walgwan Center)

Nom du client : _____

Nom de l'intervenant : _____

Nom du parent / tuteur : _____

Nom de la personne significative : _____

Nom de l'employé du Centre : _____



CONSETEMENT POUR LE PORT DE TIMBRES ANTI-TABAC

Politique sur la cigarette

Il est interdit de fumer au Centre Walgwan Center. Lors de l'admission au Centre, le jeune ne peut avoir en sa possession des cigarettes, des briquets ou des allumettes en tout temps. Les fumeurs qui entrent au Centre Walgwan Center seront fortement encouragés à participer à un programme de cessation de fumer comme partie intégrante de leur programme de traitement. Ainsi, tout jeune âgé de 14 ans ou plus peut obtenir et porter des timbres anti-tabac à la suite du consentement de ses parents ou tuteurs légaux.

Veuillez signer le présent formulaire de consentement :

En tant que tuteur légal ou parent, je consens à ce que mon jeune obtienne et porte des timbres anti-tabac.

Parent ou tuteur _____ Jeune _____

Date _____

Je consens à me conformer à cette règle.

Signature du client _____

Date : _____



Consentement pour divulguer et obtenir des renseignements¹

Je, soussigné(e) _____
Né(e) le : _____
Consent à ce que _____
(Nom de l'institution, organisation ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

Donne les renseignements ou documents suivants :

À : _____
(Nom de l'institution, organisation ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

Obtient les renseignements ou documents suivants :

De : _____
(Nom de l'institution, organisation ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

Contenus dans le dossier de :

Nom de famille

Prénom

Date de naissance

Adresse (Numéro civique, ville, code postal)

Pour les raisons suivantes :

(Spécifier les raisons pour la divulgation)

Ce consentement est révoquant en tout temps.

Signé à _____, ce jour de _____
(jour/mois/année)

Signature

Nom du témoin en caractères d'imprimerie et signature

¹ Note : Ce formulaire doit être signé par :

- Un client âgé de 14 ans et plus
- Une personne exerçant l'autorité parentale si le client a moins de 14 ans





FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX ACTIVITÉS ET APPROBATION DES PARENTS OU TUTEURS LÉGAUX

L'utilisation recommandée de ce formulaire est pour obtenir le consentement et l'approbation des parents ou tuteurs légaux au fait que le Centre Walgwan Center et ses invités participent à un voyage ou à des activités.

Prénom

Autre nom

Nom de famille

Date de naissance

Âge durant l'activité

Adresse

Ville

Province

Code postal

A mon consentement pour participer à (nom de l'activité, voyage, excursion, etc.)

Nom de l'activité _____

Du (date) _____

Au (date) _____

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ, ACCORD DE LIBÉRATION ET AUTORISATION

Je comprends que la participation aux activités du Centre Walgwan Center puisse impliquer des risques de blessures.

Je comprends aussi que la participation à ces activités est volontaire et requiert des participants qu'ils suivent les directives et se conforment à toutes les règles et codes de conduite.

En cas d'urgence impliquant mon enfant, je comprends que le Centre s'efforcera de communiquer avec moi par tous les moyens possibles. Dans l'éventualité où l'on ne pourrait me joindre, je donne par le présent formulaire la permission au fournisseur de soins de donner le traitement approprié, incluant l'hospitalisation, l'anesthésie, la chirurgie ou des injections à mon enfant.

En appréciant les risques associés aux programmes et aux activités, y compris les préparatifs et le transport de et vers l'activité, en mon propre nom et / ou au nom de mon enfant, je renonce entièrement et complètement à toute réclamation contre le Centre Walgwan Centre, ses

administrateurs, superviseurs et employés ou bénévoles, associés à un programme ou à une activité pour blessure corporelle, décès ou perte pouvant survenir.

NOTE : Centre Walgwan Centre ne peut pas continuellement surveiller la conformité de ses clients ou les limites qui leur sont imposées par les parents ou les fournisseurs de soins médicaux. Veuillez énumérer toutes les restrictions imposées à votre enfant et conseiller à votre enfant de se conformer à ces restrictions.

Inscrivez la liste des restrictions, s'il y a lieu :

Aucune restriction

Signature du participant

Date

Nom du parent ou du tuteur en caractères d'imprimerie

Signature du parent ou du tuteur

Date

Numéro de téléphone (Contact d'urgence ou meilleur contact)

Courriel (pour décrire les activités ou le voyage plus en détails)

Contact pour le responsable de l'activité s'il y a des questions

Nom

Téléphone

Courriel





CONSETEMENT À LA VACCINATION

Je, _____ par la présente, consent au vaccin contre la grippe pour
(Nom du parent/tuteur)

(Nom du jeune)

durant son traitement au Centre Walgwan Center conformément aux normes de santé et de sécurité.

Je comprends que seul un professionnel de la santé administrera le vaccin.

(Signature du parent/tuteur)

Date : _____

CONSETEMENT À LA SURVEILLANCE VIDÉO



Le Centre Walgwan Center utilise la « surveillance vidéo » pour améliorer la sûreté et la sécurité des clients et de ses installations. La confidentialité est maintenue, mais la vidéo peut être partagée pour les enquêtes criminelles.

Je, _____ (Parent/tuteur) comprends que la surveillance vidéo au Centre Walgwan Center est utilisée pour la sûreté et la sécurité de mon enfant et j'y consens.

Signature

Date



FORMULAIRE POUR ABSENCE SANS PERMISSION

Nom du client : _____ Surnom : _____

Date de naissance: _____ Tatouage/cicatrice _____

Y a-t-il des ordonnances judiciaires actuellement en vigueur? Oui Non

Si oui, quel est le statut et qui est la personne à contacter?

| Description physique | | Apposer une photographie du client |
|-----------------------|-------|------------------------------------|
| Couleur des cheveux : | _____ | |
| Couleur des yeux : | _____ | |
| Grandeur : | _____ | |
| Poids: | _____ | |

Procédure de notification :

Le travailleur référant doit être prévenu

- Immédiatement
 Après 4 heures
 Après 8 heures

Les parents ou le tuteur doit être prévenu

- Immédiatement
 Après 4 heures
 Après 8 heures

Dans le cas où les parents ou le tuteur ne sont pas disponibles, les personnes suivantes peuvent être prévenues :

Nom: _____ Nom : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

Téléphone : _____ Téléphone : _____

Relation

Relation

**** Je comprends que le Centre Walgwan Center fera tout en son pouvoir pour assurer la sécurité de mon enfant en tout temps. Dans le cas d'une fugue, je comprends que le personnel du centre de traitement laissera suffisamment de temps à mon enfant pour retourner au centre. Toute absence non planifiée d'une durée supérieure à quatre heures sera considérée comme une « fugue » et sera suivie d'un rapport officiel au travailleur référant.**

Signature du travailleur référant _____

Signature du parent/tuteur _____