

## 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.

<b>Information client</b>							
Date de réception de la demande par le travailleur communautaire :	Cliquez ici pour entrer une date.	<b>Date de réception de la demande au Centre de traitement</b>			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				
<b>Implication des services sociaux</b>							
Nom de l'agence				Téléphone			
Nom du travailleur				Statut du client		Choisissez un élément.	
<b>Famille/Relations</b>							
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							
<b>Nom</b>		<b>Âge</b>			<b>Relation</b>		
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?							
<b>Nom</b>		<b>Âge</b>	<b>État de santé</b>			<b>Habite avec</b>	
						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			
<b>Éducation</b>			
<b>Le client va-t-il à l'école?</b>	Choisissez un élément.	Le client aime-t-il l'école?	Choisissez un élément.
Le plus haut niveau achevé			
Nom de l'école			Dernière année de présence à l'école
<b>Antécédent médical</b>			
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.
<b>Problèmes juridiques</b>			
<b>Le client a-t-il déjà eu des problèmes avec la loi?</b>		Choisissez un élément.	
Expliquez :			
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.
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.
<b>Antécédent de la consommation chimique</b>			
<b>À quel âge le client a-t-il commencé à « renifler »?</b>	Choisissez un élément.	<b>À quel âge le client a-t-il commencé à boire de l'alcool?</b>	Choisissez un élément.
<b>À quel âge le client a-t-il commencé à utiliser d'autres drogues?</b>	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.
<b>Le client a-t-il déjà été en traitement pour sa consommation de substances/solvants?</b>	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?	
<b>Fonction psychologique</b>	
<b>Est-ce que le client a déjà parlé ou écrit au sujet de son désir de s'enlever la vie?</b>	Choisissez un élément.
<b>Est-ce que le client a déjà tenté de se suicider?</b>	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.
<b>Y a-t-il un passé connu de sévices sexuels?</b>	Choisissez un élément.
<b>Y a-t-il un passé connu d'agression physique?</b>	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?)	
<b>Est-ce que le client pourrait avoir été témoin d'un passé d'agression familiale?</b>	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?	
<b>Ressources externes</b>	
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?	
<b>Y a-t-il quelqu'un parmi les membres de la famille du client qui a reçu un traitement pour la toxicomanie?</b>	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](mailto: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 renseignements<sup>1</sup>

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 :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup> 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 \_\_\_\_\_