



**SERVICES COMMUNAUTAIRES DE  
SANTÉ MENTALE**  
FORMULAIRE D'AIGUILLAGE POUR ENFANTS  
ET ADOLESCENTS



*Sans frais: 1 888 310-4593*



OUI  NON

DATE D'AIGUILLAGE (JOUR/MOIS/ANNÉE) : \_\_\_\_\_

NOM DE L'ENFANT/ADOLESCENT : \_\_\_\_\_ SEXE :  M  F  
(PRÉNOM) (NOM DE FAMILLE)

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ ÂGE : \_\_\_\_\_  
(JOUR/MOIS/ANNÉE)

NUMÉRO D'IDENTIFICATION PERSONNELLE : \_\_\_\_\_ NUMÉRO D'IMMATRICULATION : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
(NOM DE RUE/CASE POSTALE) (VILLE/VILLAGE) (PROVINCE) (CODE POSTAL)

TÉL. (DOMICILE) : \_\_\_\_\_ CELL. : \_\_\_\_\_ PERMISSION DE LAISSER UN MESSAGE VOCAL?  OUI  NON

L'ENFANT/ADOLESCENT EST-IL AU COURANT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET SERAIT-IL PRÊT À Y AVOIR RECOURS?  OUI  NON

STATUT D'AUTOCHTONE :  OUI  NON LE PARENT EST-IL AU COURANT DE L'AIGUILLAGE?  OUI  NON

SOURCE D'AIGUILLAGE : \_\_\_\_\_

SOI-MÊME  PARENT/TUTEUR  MÉDECIN  ÉCOLE \_\_\_\_\_  AUTRE \_\_\_\_\_

TÉL. : \_\_\_\_\_ TÉLÉC. : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
(NOM DE RUE/CASE POSTALE) (VILLE/VILLAGE) (PROVINCE) (CODE POSTAL)

SERVICES D'INTERPRÉATION (disponibles, au besoin) :  Langue : \_\_\_\_\_

**RAISON DE L'AIGUILLAGE :** (veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

SERVICE REQUIS:  PSYCHIATRIE  THÉRAPIE/CONSEILS

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> DÉPRESSION  | <input type="checkbox"/> INSTABILITÉ ÉMOTIONNELLE/ MANIE  | <input type="checkbox"/> PERTURBATION DU SOMMEIL/DE L'APPÉTIT |
| <input type="checkbox"/> ANXIÉTÉ   | <input type="checkbox"/> COMPORTEMENT OPPOSITIONNEL   | <input type="checkbox"/> USAGE DE SUBSTANCES                  |
| <input type="checkbox"/> HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ   | <input type="checkbox"/> PSYCHOSE   | <input type="checkbox"/> MÉDICAMENTS                          |
| <input type="checkbox"/> INATTENTION   | <input type="checkbox"/> PERTE RÉCENTE/CHANGEMENTS  | <input type="checkbox"/> MENACES/TORT À D'AUTRES              |
| <input type="checkbox"/> PENSÉES SUICIDAIRES <input type="checkbox"/> Actuelles <input type="checkbox"/> Antérieures | <input type="checkbox"/> AUTOMUTILATION <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> Antérieure | <input type="checkbox"/> AUTRE _____                          |

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

DURÉE DU PROBLÈME :  < 3 mois  de 6 à 12 mois  > 1 an

DIAGNOSTIC DE MALADIE MENTALE ACTUEL/ANTÉRIEUR :  OUI  NON Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

MÉDICAMENTS ACTUELS/ANTÉRIEURS :  OUI  NON Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'une urgence en matière de santé mentale, veuillez composer le  
1 888 617-7715 ou le 1 866 588-1697, ou allez au service d'urgence de votre hôpital local.

**NOM DU PARENT/TUTEUR :** \_\_\_\_\_ **PERMISSION DE LAISSER UN MESSAGE VOCAL?**  OUI  NON

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
(NOM DE RUE/CASE POSTALE) (VILLE/VILLAGE) (PROVINCE) (CODE POSTAL)

TÉL. (DOMICILE) : \_\_\_\_\_ CELL. : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

**NOM DU PARENT/TUTEUR :** \_\_\_\_\_ **PERMISSION DE LAISSER UN MESSAGE VOCAL?**  OUI  NON

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
(NOM DE RUE/CASE POSTALE) (VILLE/VILLAGE) (PROVINCE) (CODE POSTAL)

TÉL. (DOMICILE) : \_\_\_\_\_ CELL. : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

**ÉCOLE FRÉQUENTÉE ACTUELLEMENT :** \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_

L'enfant/adolescent a-t-il fait l'objet d'une évaluation formelle ou d'exams? (psychologie, Clinique de développement de l'enfant, Connors, etc.)  OUI  NON

Si oui, veuillez joindre toute documentation pertinente et préciser : \_\_\_\_\_

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE : \_\_\_\_\_

NOM DU PSYCHIATRE/PSYCHOLOGUE/AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ MENTALE : \_\_\_\_\_

CONDITIONS MÉDICALES ACTUELLES/ANTÉRIEURES :  OUI  NON Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

PARTICIPATION ACTUELLE/ANTÉRIEURE À UN PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE OU À DES SÉANCES DE COUNSELING :

OUI  NON

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**AUTRES INTERVENANTS :** (curateur public, mandataire, Programme d'aide à l'emploi et au revenu, Service à l'enfant et à la famille, Workers Compensation Board of Manitoba, Société d'assurance publique du Manitoba, probation, aide au logement, services juridiques, services communautaires aux adultes handicapés)

OUI  NON Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI REMPLIT CE FORMULAIRE :** \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DE CONSENTEMENT :**

Je suis conscient(e) que les renseignements personnels et médicaux au sujet de mon enfant (ou moi-même) figurant dans ce formulaire seront transmis au Programme communautaire de santé mentale à l'intention des enfants et adolescents. Je consens à transmettre toute documentation pertinente relative à mon enfant ainsi qu'à l'aiguiller vers Southern Health-Santé Sud.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/client

\_\_\_\_\_  
Date

**VEUILLEZ INCLURE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE (RAPPORTS, LETTRES, ETC.)  
ET ENVOYER CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI PAR TÉLÉCOPIEUR AU (204) 239-0451.**

**\*\*\*\*Tout renseignement manquant retardera le processus d'aiguillage. \*\*\*\***



CE DOCUMENT EST AUSSI DISPONIBLE EN ANGLAIS.

S'il s'agit d'une urgence en matière de santé mentale, veuillez composer le  
1 888 617-7715 ou le 1 866 588-1697, ou allez au service d'urgence de votre hôpital local.