

Programme de psychothérapie structurée de l'Ontario Formulaire de demande

Les circonstances ci-dessous indiquent que le Programme de psychothérapie structurée de l'Ontario (PSO) Ne Vous Convient Peut-Être Pas:

- Je présente un risque élevé pour moi-même ou pour les autres, ou je risque de me négliger.
- Je suis suicidaire ET ma capacité d'adaptation est grandement réduite ou j'ai eu des comportements suicidaires au cours des six derniers mois.
- J'ai des symptômes majeurs de manie ou d'hypomanie à l'heure actuelle ou j'ai eu de tels symptômes au cours de la dernière année.*
- J'ai des symptômes majeurs d'un trouble psychotique à l'heure actuelle ou j'ai eu de tels symptômes au cours de la dernière année.*
- J'ai un trouble de la personnalité grave ou complexe qui nuirait à ma capacité de suivre une thérapie cognitivo-comportementale.
- Je demande la gestion de mes médicaments SEULEMENT.
- Je souffre d'un trouble cognitif modéré ou grave (p. ex., démence ou lésion cérébrale acquise) OU d'un trouble modéré ou grave attribuable à une déficience développementale ou à un trouble d'apprentissage.
- J'ai un problème lié à l'usage de substances psychoactives ou j'ai eu un tel problème au cours des trois derniers mois qui nuirait à ma capacité de suivre une thérapie cognitivo-comportementale.
- J'ai un trouble alimentaire grave qui nuirait à ma capacité de suivre une thérapie cognitivo-comportementale.

*Ne comprennent pas les symptômes causés par la médication ou l'usage de substances.

Ontario Structured Psychotherapy Program Application Form

The circumstances below would indicate that you may NOT be suitable for the OSP Program:

- I am at high risk to myself, others, or at risk of self neglect.
- I am actively suicidal AND have impaired coping skills and/or have engaged in significant suicidal behaviour in the past 6 months.
- I am experiencing significant symptoms of mania or hypomania currently or within the past year.*
- I am experiencing significant symptoms of psychotic disorder currently or within the past year.*
- I have a severe or complex personality disorder that would impact my ability to participate in Cognitive Behavioural Therapy.
- I am requesting ONLY medication management.
- I have moderate to severe impairment of cognitive function (e.g. Dementia or acquired brain injury) OR moderate/severe impairment due to a developmental or learning disability.
- I currently have a problematic substance use or have had in the past three months that would impact my ability to participate in Cognitive Behavioural Therapy.
- I have a severe eating disorder that would impact my ability to actively participate in Cognitive Behavioural Therapy.

*This does not include symptoms induced by medication or substance use



Je déclare qu'aucun des énoncés ci-dessus ne s'applique à moi.

I declare that none of the above criteria are applicable to me.

Si l'un des énoncés ci-dessus s'applique à vous, NE PRÉSENTEZ PAS de demande de services au PSO. Consultez votre fournisseur de soins de santé ou appelez The Access Point Northwest au 807-624-3400 pour obtenir une liste des services recommandés.

If any of the criteria above are applicable please DO NOT submit the Ontario Structured Psychotherapy referral. Consult with your healthcare provider or call The Access Point Northwest at 807-624-3400 for service recommendations.

Déclaration et consentement

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et j'accepte que mes renseignements personnels sur la santé (RPS) soient recueillis et utilisés par les fournisseurs de services affiliés à The Access Point Northwest et leur soient divulgués. Je comprends que mes RPS peuvent être partagés avec d'autres organismes, y compris The Access Point Northwest, et j'accepte que l'on accède à mes dossiers médicaux pour les besoins de la présente demande.

J'accepte que les renseignements relatifs à cette demande soient transmis à mon fournisseur de soins primaires dans certaines circonstances (le cas échéant). J'accepte que mes RPS soient recueillis et utilisés par les fournisseurs de services affiliés au PSO et leur soient divulgués. Je consens à l'utilisation de la plateforme de soins fondés sur des mesures (Greenspace*).

*Greenspace est une plateforme de soins fondés sur des mesures qui assure un suivi à partir de la prise en charge jusqu'à la fin du traitement à l'aide des résultats déclarés.

Declaration and Consent

I declare that the information provided on this application is correct and consent to the collection, use, and disclosure of my personal health information (PHI) with service providers affiliated with The Access Point Northwest. I understand that my PHI may be shared with relevant agencies included with The Access Point Northwest and consent to the access of my medical records relevant to this application.

I consent that information about this referral can be sent to my primary care provider under certain circumstances (if applicable). I consent to the collection, use, and disclosure of my PHI with service providers affiliated with the Ontario Structured Psychotherapy Program. I consent to the use of the Measurement Based Care platform (Greenspace*).

*Greenspace is a Measurement Based Care platform that involves tracking progress from intake and throughout treatment using reported outcome measures.



J'accepte qu'on communique avec moi par courriel et par téléphone pour fixer des rendez-vous et recueillir des renseignements à mon sujet.

I consent to the use of email alongside phone to contact me for the purposes of booking appointments and providing intake information.

Votre nom :

Your Name:

Politique de protection de la vie privée

Objet de la collecte et de l'utilisation des renseignements personnels sur la santé (RPS)

Nous recueillons, utilisons et divulguons les RPS uniquement pour déterminer les besoins en matière de services requis, et aux fins suivantes :

- Recueillir les renseignements nécessaires se trouvant dans les dossiers tenus par les organismes associés à The Access Point Northwest.
- Aiguiller les patients vers des organismes aux fins de la prestation de services et d'autres fins exigées ou permises par la loi.
- Transmettre la présente demande à tout organisme qui fournira des services.
- Divulguer les RPS à une personne ou à un organisme tiers sans consentement dans les circonstances limitées prévues par la loi comme les situations d'urgence concernant le bien-être d'un enfant.
- Utiliser les RPS dépersonnalisés au sujet des auteurs de demande pour la planification et la prestation des services, l'évaluation des programmes, la compilation statistique et la préparation de rapports pour nos bailleurs de fonds.

Responsable de la protection de la vie privée

Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet de la protection de votre vie privée, communiquez avec la ou le gestionnaire de programme ou la personne responsable de la protection de la vie privée à The Access Point Northwest au 807-624-3400. Si vos préoccupations persistent, communiquez avec le Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée : 1400-2, rue Bloor Est, Toronto (Ontario) M4W 1A8, 416-326-3333.

Privacy Policy

Purpose for Collection and Use of Personal Health Information (PHI)

We collect, use, and disclose PHI only for the purposes of identifying the appropriate service needs as well as:

- Collecting relevant information contained in the records maintained by the organizations associated with The Access Point Northwest.
- Making referrals to the associated agencies for services, and to fulfill other purposes required or permitted by law.
- Sending this application to any agencies that will be providing services.
- Disclosing the PHI to a person or organization other than those associated without consent in limited circumstances required by law, such as emergencies of child welfare concerns.
- Use of de-identified PHI about applicants to plan and deliver services, for program evaluation, for statistical purposes, and for reporting to our funders.

Privacy Officer

If there are any questions or concerns about privacy, please contact the program manager or our Privacy Officer with The Access Point Northwest at (807)-624-3400. If there are still concerns, please contact the Office of the Information and Privacy Commissioner at 1400-2 Bloor St E, Toronto, ON M4W 1A8, (416) 326-3333.

Coordonnées Contact Information

Prénom(s) : First/Given Name(s):					
Nom de famille : Last Name:					
Prénom(s) d'usage : Preferred Name(s):		Pronom de genre : Preferred Pronoun:			
Adresse : Address :					
Ville : City :		Province : Province :		Code postal : Postal Code :	
Numéro de téléphone : Phone Number :		Peut-on laisser un message? Can leave message?	Oui/Yes	Non/No	
Autre numéro de téléphone : Alternate Number :		Peut-on laisser un message? Can leave message?	Oui/Yes	Non/No	
Adresse courriel : Email :		Langue de correspondance : Preferred Language:			
Date de naissance : Date of Birth :		Numéro de carte Santé : Health Card Number			
Genre : Gender:					
Êtes-vous une personne autochtone? Are you an Indigenous person?	Inscrite/Status	Non inscrite/Non-Status	Non/No		

Coordonnées du fournisseur de soins | Medical Contact

Oui/Yes **Avez-vous un fournisseur de soins primaires (médecin ou infirmière praticienne)?**

Non/No **Do you have a primary care provider (physician or nurse practitioner)?**

Nom/Name

Raison de la demande de services | Reason for Referral

Indiquez brièvement la ou les raisons de la demande de services :

Please briefly describe the reason(s) for the referral:

Renseignements sur la situation des clients

Les clients devraient pouvoir accéder aux soins dont ils ont besoin au bon moment. Le PSO repose sur une approche de soins par paliers qui permet de jumeler les clients aux services qui répondent le mieux à leurs besoins. Grâce au PSO, les clients peuvent accéder à des soins fondés sur des données probantes, ainsi qu'à des services de soutien comme des carnets de travail personnel sur la santé mentale, des protocoles de traitement des maladies mentales appuyés par des cliniciens et des thérapies cognitivo-comportementales en ligne. Ce sont les moyens les plus rapides d'accéder aux services qui vous permettront de poursuivre votre cheminement en vue d'améliorer votre santé mentale.

Information Regarding Client's Situation

Clients should have opportunities to access the right type of care at the right time. The OSP model is a stepped care approach with the aim to match clients with the most appropriate service for their needs. Through OSP, clients can access evidence based care with support, such as self-directed mental health workbooks, clinician assisted courses of mental health treatment protocols, and internet based cognitive behavioural therapy treatment, all of which are the quickest options for connection to service allowing you to keep taking steps toward better mental health.

Oui/Yes **Acceptez-vous d'envisager l'une ou l'autre des options ci-dessus pour recevoir des soins si l'on détermine que ce traitement peut vous convenir?**

Non/No **Are you open to considering any or all of the above mentioned options in accessing care for your needs if it is determined to be a possible treatment option available to them?**

Descripteurs du problème probable (cocher toutes les cases pertinentes) :

Probable problem descriptors (check all that apply):

- Dépression et humeur sombre** (isolement ou interactions limitées, difficultés à dormir, irritabilité, confusion).
Depression and low mood. (Isolated or limited engagement with others, sleep challenges, irritability, confusion)
- Peurs précises** (phobie ou peur nuisant à la qualité de vie).
Specific fears. (Phobia or singular fear impairing quality life)
- Anxiété généralisée et inquiétude** (inquiétudes au sujet de plusieurs choses comme les finances personnelles, les relations, le travail).
Generalized anxiety and worry. (Multiple worries about multiple things e.g. finances, relationships, jobs, etc.)
- Anxiété liée à la santé** (vérification fréquente du corps, consultations excessives avec le médecin pour se rassurer, peur de la mort).
Health anxiety. (Frequent body checking, excessive outreach to physician for reassurance, fear of death)
- Anxiété sociale et anxiété de performance** (peur de manger en présence d'autres personnes ou de leur parler, peur de faire mauvaise impression).
Social anxiety and performance fears. (Afraid to eat, talk in front of others, fears negative evaluation)
- Stress post-traumatique** (événement ayant mis la vie en danger, mauvais traitements, altération corporelle connexe ou troubles affectifs comme des pensées intrusives ou des comportements d'évitement).
Posttraumatic stress. (Significant life-threatening event, or victim of abuse, associated physical alterations in body and/or emotional disturbances such as intrusive thoughts, avoidant behaviours etc.)
- Préoccupations obsessives** compulsives (obsessions liées à la peur que quelque chose de terrible arrive ou désir de se faire du mal ou de faire mal aux autres s'il n'est pas possible de se livrer à des comportements compulsifs comme s'assurer que la cuisinière est éteinte ou que la porte est verrouillée, se laver les mains ou adopter un autre comportement ritualisé).
Obsessive-compulsive concerns. (Obsessions related to fear of something bad happening, or harm to self or others if not able to engage in compulsive behaviours e.g. checking stove off, door locked, handwashing, ritualistic behaviours)
- Crises de panique inattendues** suivies d'un isolement à la maison ou changements majeurs pour éviter les situations susceptibles de déclencher une autre crise de panique.
Unexpected panic attacks with subsequent homebound behaviour or significant changes to avoid situations where one might have another panic attack.
- Autres problèmes liés à l'anxiété et au stress** (stress au travail, anxiété causée par un examen, etc.)
Other anxiety and stress related problems. (e.g. work stress, test anxiety, etc.)

Avis de non-responsabilité concernant les e-mails

Le St. Joseph's Care Group (SJCG) n'est pas responsable de la sécurité concernant vos fournisseurs de services Internet, vos domaines de courriel, votre ordinateur, votre tablette, votre téléphone cellulaire ou les applications (programmes) sur vos appareils. En envoyant des renseignements au SJCG par courriel, vous acceptez les risques pour la vie privée associés à ce mode de communication.

Ces risques peuvent inclure :

Interception : les courriels peuvent être interceptés pendant leur transmission, ce qui pourrait exposer vos renseignements de nature délicate à des personnes non autorisées.

Réseaux non sécurisés : l'utilisation d'un réseau Wi-Fi public ou de réseaux non sécurisés augmente le risque de piratage ou de surveillance de vos courriels.

Erreurs de livraison : si vous faites une faute de frappe ou utilisez la mauvaise adresse électronique, votre courriel pourrait être envoyé au mauvais destinataire, exposant ainsi vos renseignements à des tiers non autorisés.

Attaques par hameçonnage : les comptes de courriel peuvent être la cible d'escroqueries par hameçonnage visant à vous inciter à fournir des renseignements personnels.

Absence de cryptage : plusieurs services de messagerie électronique ne cryptent pas les courriels, ce qui rend ces derniers susceptibles d'être lus par quiconque y ayant accès.

Risques liés à la conservation des données : les courriels peuvent être stockés sur des serveurs pendant une période prolongée, ce qui accroît le risque d'accès non autorisé au fil du temps.

Sécurité de l'appareil : en cas de perte ou de vol de votre appareil, quelqu'un pourrait accéder à votre boîte de courriel et à tous les renseignements de nature délicate qu'elle contient.

Email Disclaimer

St. Joseph's Care Group (SJCG) is not responsible for the security of your internet service providers, email domains, computer, tablet, cell phone or applications (programs) on your devices. By sending information to SJCG by email, you consent and accept potential privacy risks associated with email.

These risks may include:

Interception: Emails can be intercepted during transmission, allowing unauthorized individuals to access sensitive information.

Insecure Networks: If you use public Wi-Fi or unsecured networks, your emails can be more easily hacked or monitored.

Misdelivery: Emails may be sent to the wrong recipient due to typing errors or misaddressing, potentially exposing your information to unintended parties.

Phishing Attacks: Email accounts can be targets for phishing scams, where attackers may attempt to trick you into providing personal information.

Lack of Encryption: Many email services do not encrypt messages, making them vulnerable to being read by anyone who gains access.

Retention Risks: Emails can be stored on servers for an extended period, increasing the risk of unauthorized access over time.

Device Security: If your device is lost or stolen, someone could access your email and any sensitive information contained within.

Soumettre le formulaire
Submit Form

Forme claire
Clear Form