

Renseignements à l'intention des fournisseurs prescripteurs**Admission centralisée Ontario en santé mentale et dépendances (ACO SMD)**

- L'ACO SMD est une initiative provinciale visant à simplifier l'accès aux services et est dirigée par le Centre d'excellence pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances (CdE SMD) de Santé Ontario.
- L'ACO SMD est un système intégré qui utilise des outils et des processus normalisés afin de coordonner un accès équitable et harmonieux aux services et soutiens appropriés en santé mentale et en lutte contre les dépendances pour les personnes tout au long de leur vie.
- Tous les services communautaires et hospitaliers ambulatoires financés en SMD (services de base) sont visés.

Carrefour d'Admission centralisée Ontario en SMD

- Les orientations vers les services de santé mentale et de dépendances (SMD) seront envoyées aux carrefours de l'ACO SMD, qui recevront, examineront et distribueront les orientations selon des flux de travail normalisés préétablis et les préférences du client. La fonction clinique de l'ACO SMD consiste à effectuer le triage, le dépistage et l'aiguillage vers les services au moyen d'outils et de ressources cliniques normalisés afin de déterminer le type de soins requis, le niveau de priorité et l'intensité des besoins des personnes, puis de les mettre en relation avec les services et soutiens en SMD les plus appropriés.
- Tous les services communautaires et hospitaliers ambulatoires en SMD (services de base) financés par Santé Ontario sont accessibles par l'entremise des carrefours de l'ACO SMD.
- Les carrefours de l'ACO SMD fourniront aux patients, aux familles et aux fournisseurs prescripteurs des renseignements généraux et du soutien concernant les services offerts et l'état des orientations.

Processus d'orientation - * Seules les orientations complètes seront acceptées et traitées*****

- Le fournisseur prescripteur soumet une orientation
- L'orientation est examinée par le carrefour de l'ACO SMD afin de vérifier qu'elle est complète et d'évaluer les besoins en soins
 - Toutes les orientations sont soumises à un triage par des cliniciens
 - Certaines orientations peuvent nécessiter une entrevue de dépistage avec le patient/client afin de déterminer les besoins en soins
- L'orientation est acheminée vers le service le plus approprié selon les besoins en soins
- Le patient/client est contacté pour une évaluation et l'élaboration d'un plan de soins

Santé mentale des enfants et des jeunes

- Les carrefours de l'ACO SMD travailleront en collaboration avec les fournisseurs de SMD destinés aux enfants et aux jeunes et établiront des liens afin de gérer les orientations en santé mentale des enfants et des jeunes.

Comment orienter une personne vers l'ACO SMD

- Envoyez le formulaire d'orientation de l'ACO SMD dûment rempli à votre carrefour :

Région	Carrefour d'Admission centralisée Ontario en SMD	Téléphone	Télécopie
Centre	Carrefour central de l'ACO SMD	905-338-4123	905-338-2878
Est	Carrefour de l'Est de l'ACO SMD	833-527-8207	N/A
Nord-Est	Carrefour du Nord-Est de l'ACO SMD	855-276-6313	705-476-6136
Nord-Ouest	Carrefour du Nord-Ouest de l'ACO SMD	807-624-3400	807-624-3525
Toronto	Carrefour de Toronto de l'ACO SMD	416-535-8501, option 2	855-683-0146
Ouest	Carrefour de l'Ouest de l'ACO SMD	844-437-3247	844-437-3329

- Veuillez joindre tous les documents **pertinents** :
 - Rapports de consultation ou résumés de congé
 - Analyses de laboratoire et examens diagnostiques
 - Évaluations ou échelles déclarées par le patient (par exemple, PHQ-9, GAD-7)

Section A : Renseignements sur le patient*					
Nom de famille :		N° de cellulaire :		Peut laisser un message vocal ☐ Oui ☐ Non	
Prénom :		N° de téléphone à domicile :			
DDN (aaaa/mm/jj) :		N° de téléphone au travail :			
Sexe : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre		Courriel :			
NS (ON-555555132-VC):		Méthode de communication privilégiée : ☐ Cellulaire ☐ Domicile ☐ Travail ☐ Courriel			
Adresse :					
	Adresse civique	Ligne 2	Ville	Province	Code postal
Section B : Renseignements supplémentaires sur le patient					
Sexe assigné à la naissance : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Intersexe ☐ Inconnu					
Pronoms : ☐ Elle ☐ Il ☐ Iel ☐ Autre :					
Nom privilégié :					
Langue privilégiée : ☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre (veuillez préciser) : ☐ Interprète requis					
☐ Personne-ressource secondaire	Nom de la personne-ressource :*				Lien avec le patient :
	N° de téléphone de la personne-ressource secondaire :				
La personne-ressource secondaire est-elle la personne à contacter pour la prise de rendez-vous? ☐ Oui ☐ Non		☐ Personnes avec lesquelles il est dangereux de communiquer (ne pas communiquer avec ces personnes) :			
		☐ Communiquer uniquement avec le patient			
Besoins en matière d'accessibilité ou handicap (sélectionnez toutes les réponses applicables)					
☐ Risque de chute ☐ Mobilité ☐ Audition ☐ Vision ☐ Autre					
Précisions concernant les besoins particuliers :					
Section C : Renseignements supplémentaires sur l'orientation					
☐ ctuellement suivi par un psychiatre (au cours des 6 derniers mois)	Nom du psychiatre :*				
	Numéro de téléphone du psychiatre :				
☐ Reçoit actuellement du soutien/un traitement d'un organisme/programme/fournisseur de services en SMD	Veuillez décrire :				
Considérations relatives au triage					
Priorité demandée :* ☐ Courante ☐ Urgente (si urgente, veuillez préciser la raison) :					
☐ Orientation pour un enfant ou un jeune (< 18 ans) ☐ Société d'aide à l'enfance impliquée	Statut de garde (par exemple, parents ensemble, garde partagée, garde exclusive, entente informelle) :*				
☐ Actuellement enceinte ou à moins de 12 mois post-partum	Veuillez préciser (par exemple, date prévue d'accouchement, date de naissance, lieu de naissance) :*				
☐ Hospitalisation récente ou visite au SU pour ce problème	Veuillez décrire (par exemple, date, raison de l'hospitalisation) :				
Préoccupation(s) / indication(s) motivant l'orientation (sélectionnez toutes les réponses applicables)*					
☐ Symptômes d'anxiété ou de panique	☐ Dysrégulation émotionnelle (par exemple, colère, agressivité, sautes d'humeur)				
☐ Symptômes de trouble bipolaire ou de manie	☐ Symptômes dépressifs ou humeur dépressive				
☐ Obsessions ou compulsions	☐ Difficulté à composer avec des facteurs de stress de la vie (par exemple, deuil, perte)				
☐ Dépendances comportementales (par exemple, jeu, utilisation d'Internet, jeux vidéo, sexualité)	☐ Symptômes psychotiques (par exemple, hallucinations, idées délirantes, etc.) ☐ Premier épisode psychotique				
☐ Symptômes liés à un traumatisme / TSPT (par exemple, hypervigilance, retours en arrière)	☐ Préoccupations liées à la personnalité (par exemple, relations instables, conflits chroniques avec les autres)				
☐ Comportements liés à la démence	☐ Préoccupations liées à la consommation de substances (préciser) :				
☐ Préoccupations liées à l'alimentation (restriction alimentaire ou hyperphagie)	* Remplir la section G si cette option est sélectionnée				
☐ Autre (veuillez préciser) :					

Motif de l'orientation :*

*Question clinique / objectif(s) de l'orientation avec les antécédents, la prise en charge et les examens pertinents**

[Facultatif] Service(s) demandé(s) (sélectionnez toutes les réponses applicables)

Veillez noter : Admission centralisée Ontario en SMD jumellera le patient au service approprié en fonction des renseignements fournis dans l'orientation et, au besoin, communiquera avec le patient afin d'obtenir des renseignements supplémentaires permettant de déterminer le service le plus approprié pour répondre à ses besoins en soins. Le service recommandé ou le jumelage final pourrait différer du service sélectionné.

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Services de counseling / psychothérapie | ☐ Gestion de cas | ☐ Logement avec services de soutien |
| ☐ Stabilisation par traitement par agonistes opioïdes | ☐ Services de soutien par les pairs | ☐ Services de soutien aux familles |
| ☐ Traitement des troubles liés à l'usage de substances / dépendances | ☐ Gestion du sevrage | ☐ Soutien judiciaire |
- ☐ Services de traitement des dépendances avec hébergement (anciennement appelés services résidentiels de traitement des dépendances)
- ☐ Consultation en psychiatrie (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) :
☐ Clarification diagnostique ☐ Recommandations relatives aux médicaments ou au traitement ☐ SMTr ☐ ECT
- ☐ Autres services (veuillez préciser) :

Section D : Risques actuels

- | | | | |
|---|---|--|--------------------------------|
| ☐ Préoccupation possible liée à la sécurité d'autrui (par exemple, agressivité, menaces ou idées homicidaires) | | ☐ Implication du système judiciaire / ordonnances judiciaires (par exemple, accusations en cours, probation, libération conditionnelle, conditions liées à une OTMC ou à la Commission ontarienne d'examen) | |
| ☐ Idées suicidaires ou tentative de suicide | ☐ Comportements d'automutilation | ☐ Instabilité du logement | ☐ Autre |

Si cette option est sélectionnée, veuillez préciser :*

Section E : Antécédents médicaux et de santé mentale

- ☐ PCP joint ***Veillez supprimer du PCP tout renseignement sensible que vous ne souhaitez pas communiquer***

Antécédents médicaux et de santé mentale
☐ Antécédents médicaux pertinents / notes joints

Médicaments actuels (nom, dose, fréquence)
☐ Liste ci-jointe

Section F : Renseignements sur le fournisseur prescripteur*

Nom :		Rôle : ☐ Fournisseur de soins primaires (FSP) ☐ Autre :			
Téléphone :		Télécopie :		N° de facturation :	
Adresse :					
	Adresse civique	Ligne 2	Ville	Province	Code postal
Nom du FSP :		☐ Le FSP est le même que le fournisseur prescripteur		☐ Patient does NOT have a PCP	

Le patient/client est au courant de cette orientation et y a consenti.

SIGNATURE**DATE**

Section G : Questions supplémentaires sur les troubles de l’alimentation
(à remplir uniquement si « Préoccupations liées à l’alimentation » a été sélectionné ci-dessus)

Traitement antérieur pour un trouble de l’alimentation ☐ Non ☐ Oui
(Si oui, veuillez préciser le nom du programme et la date) :*

Poids actuel (kg) :*

Taille actuelle (cm) :*

IMC :

Poids le plus faible (kg) :

Fréquence cardiaque :*

Date de la mesure (FC/TA) :*

Tension artérielle:*

Date des dernières menstruations :

Comportements ou symptômes liés à un trouble de l’alimentation*

(Veuillez préciser, par exemple, fréquence, durée) :

☐ Restriction de l’apport alimentaire

☐ Hyperphagie

☐ Vomissements provoqués

☐ Utilisation de laxatifs

☐ Exercice physique (par semaine)

☐ Mastication et crachat

☐ Pilules amaigrissantes

☐ Autre

Veuillez joindre les documents suivants* :

- Courbe de croissance pour les personnes âgées de 18 ans ou moins, si disponible
- ECG (au cours des 30 derniers jours)
- Résultats complets des analyses de laboratoire (au cours des 30 derniers jours) : Formule sanguine complète et formule leucocytaire, urée, créatinine, sodium, potassium, glucose, calcium, magnésium, phosphate, amylase, folate, globules rouges, TSH, ALT, phosphatase alcaline, bilirubine, GGT, albumine, ferritine, vitamine B12