

## ORIENTATION VERS LE SERVICE DE DOUBLE DIAGNOSTIC

**Veillez envoyer par télécopieur ce formulaire d'orientation dûment signé par le directeur général ou le délégué de l'organisme responsable au numéro de télécopieur 905 849-0192**

**Si vous avez besoin d'aide à cet égard, veuillez communiquer par téléphone avec le conseiller en ressources au numéro 905 844-7864, poste 315**

\_\_\_\_\_  
Directeur général / délégué de l'organisme responsable

\_\_\_\_\_  
Date

Toute personne orientée vers le Service de double diagnostic doit avoir obtenu du SOPDI (Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle) la confirmation de son admissibilité aux services pour adultes. Vous pouvez vous-même vous orienter vers notre service, ou bien les membres de votre famille, les organismes communautaires ou les médecins peuvent le faire. **Cependant, toute orientation doit avoir l'appui de votre directeur/coordonnateur de services et du directeur général ou du délégué de l'organisme responsable dont vous dépendez.**

Si vous n'êtes pas inscrit au SOPDI ou si vous n'avez pas de coordonnateur de services pour vous aider, veuillez communiquer avec le bureau SOPDI de votre région :

**Numéro sans frais** : 1 888 941-1121  
Dufferin/Wellington : 519 821-5716

**Waterloo** : 519 741-1121  
**Halton** : 905 876-1373

**Peel** : 905 453-2747, poste 2501

Le Service de double diagnostic (SDD) est un service de niveau tertiaire. Le SDD offre des services d'évaluation et de planification de traitement aux personnes ayant une déficience intellectuelle combinée à un problème de santé mentale ou à un comportement problématique qui ont été diagnostiqués ou soupçonnés.

L'équipe du SDD aide la famille et les fournisseurs de soins dans la mise en œuvre du plan de traitement. L'équipe n'offre pas de services de première ligne, ni de soins de santé ou d'aide psychiatrique. Elle n'est pas non plus un service de crise. L'équipe ne s'occupe pas de placement en établissement.

Dans le but de vous fournir, à vous et à votre famille ou à vos fournisseurs de soins, une évaluation complète et valable, ainsi qu'un plan de traitement complet, l'équipe du SDD exige que le dossier d'orientation soit le plus précis et le plus complet possible.

Nous demandons, lorsqu'une personne habite dans une résidence de l'organisme ou dans un milieu avec services de soutien à l'autonomie, que le superviseur et l'intervenant de première ligne assistent tous les deux aux consultations psychologiques/psychiatriques qui ont lieu au SDD. Si la personne orientée réside avec les membres de sa famille ou continue de maintenir des contacts avec sa famille, on demande aussi à ce qu'un membre de la famille assiste à la consultation psychiatrique/psychologique. Prière de ne pas envoyer un chauffeur ni un membre du personnel. Prière de ne pas envoyer un chauffeur ni un membre du personnel qui ne connaît pas les antécédents et n'est pas habitué à gérer l'état actuel de la personne orientée.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne / du subrogé

\_\_\_\_\_  
Signature du directeur/coordonnateur de services

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées et lien de parenté (si c'est une autre personne)

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées du directeur/coordonnateur de services

\_\_\_\_\_  
Date  
Mars/15 (R)

\_\_\_\_\_  
Date

**Veillez confirmer que les critères d'orientation vers le Service de double diagnostic sont remplis :**

- Le SOPDI a confirmé que la personne est admissible aux services pour adultes
- La personne est âgée d'au moins 18 ans
- La personne réside dans la région du Centre-Ouest
- Le diagnostic de déficience intellectuelle a été posé pour la personne
- La personne a une maladie mentale diagnostiquée ou supposée
- La personne a subi un examen médical au cours des 12 derniers mois      Date : \_\_\_\_\_
- La personne a subi une analyse de sang au cours des 6 derniers mois      Date: \_\_\_\_\_
- La personne est supervisée par un coordonnateur de service ou un gestionnaire de cas qui s'implique
- Tous les soutiens communautaires ont été épuisés
- Les besoins de la personne dépassent les ressources communautaires disponibles. Prière de préciser.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Veillez fournir des renseignements détaillés sur les problèmes présentés qui nécessitent l'intervention du Service de double diagnostic :** (continuer au verso de ce formulaire au besoin)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Veillez indiquer les documents disponibles concernant les interventions passées et actuelles. Inclure ces documents dans le présent dossier d'orientation :**

<input type="checkbox"/>	Résumé de la coordination des services	Date et lieu : _____
<input type="checkbox"/>	Évaluation(s) psychiatrique(s) et/ou résultats des tests, recommandations ou plan(s) de traitement	Date et lieu : _____
<input type="checkbox"/>	Liste des médicaments actuels	Date et lieu : _____
<input type="checkbox"/>	Rapport(s) psychologique(s) et/ou résultats des tests, recommandations ou plan(s) de traitement	Date et lieu : _____
<input type="checkbox"/>	Évaluation(s) du comportement, programme(s) et/ou protocole(s)	Date et lieu : _____
<input type="checkbox"/>	Résumé des antécédents médicaux et/ou résultats des tests, y compris les antécédents pharmaceutiques	Date et lieu : _____
<input type="checkbox"/>	Rapports de suivi des permis de sortie d'hôpital	Date et lieu : _____
<input type="checkbox"/>	Rapport(s) d'orthophonie et/ou résultats des tests, recommandations ou plan(s) de traitement	Date et lieu : _____
<input type="checkbox"/>	Rapport(s) d'ergothérapie et/ou résultats des tests, recommandations ou plan(s) de traitement	Date et lieu : _____
<input type="checkbox"/>	Rapport(s) de physiothérapie et/ou plan(s) de traitement	Date et lieu : _____
<input type="checkbox"/>	Rapport(s) d'évaluation scolaire	Date et lieu : _____
<input type="checkbox"/>	Participation à une formation professionnelle ou à des services de jour	Date et lieu : _____
<input type="checkbox"/>	Autres : _____	

La personne orientée vers notre service					
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	JOUR	MOIS	ANNÉE
Nom :			D.D.N. :		
Adresse :					
Téléphone :			N° de carte Santé :		

Le plus proche parent ou le subrogé :	
Nom :	Lien de parenté :
Adresse :	
Téléphone :	Courriel :

Le plus proche parent ou le subrogé	
Nom :	Lien de parenté :
Adresse :	
Téléphone :	Courriel :

La personne donnant son consentement à cette orientation	
Nom :	Lien de parenté :

L'organisme à l'origine de l'orientation (s'il y a lieu)	
Nom de l'organisme :	Comté/région :
Personne-ressource :	Titre du poste :
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
Courriel :	

Coordonnateur de services (si différent de la personne ci-dessus)	
Nom :	Nom de l'organisme :
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
Courriel :	

<b>Superviseur de résidence/personne-ressource (en cas d'absence)</b>	
Foyer de groupe :	Personne-ressource :
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
Courriel :	
<b>Services de jour / superviseur de l'école / personne-ressource</b>	
Programme de jour :	Personne-ressource :
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
Courriel:	
<b>Pharmacie (actuellement utilisée)</b>	
Nom :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
<b>Médecin de famille</b>	
Nom :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
<b>Psychiatre communautaire</b>	
Nom :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
<b>Neurologue</b>	
Nom :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :

c. c. : Psychiatre / Psychologue  
Directeur, Services cliniques  
Conseiller en ressources  
Fichier principal