# **CTO Referral and Renewal Request Form**

## **IMPORTANT:**

## *ONLY indicate the information that has changed since the last CTO.*

**Please forward to:**

Danielle Perron-Roach Tel: 613-746-4621 ext. 3564

CTO Coordinator Fax: 613-907-8017

[otmc-cto@montfort.on.ca](mailto:otmc-cto@montfort.on.ca)

**GENERAL INFORMATION**

**Client’s name**: Click or tap here to enter text.

* Preferred pronoun (s) (choose from the **drop-down list**): Choisissez un élément.
* Mailing address: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Phone #: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Date of birth: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Diagnostic (choose from the **drop-down list**): Choisissez un élément.
* Ontario Health Card #: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Estimated date of discharge from hospital: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Language:**

* + Mother tongue of the client (choose from the **drop-down list**): Choisissez un élément.
  + Language in which the CTO should be written (choose from the **drop-down list**): Choisissez un élément.

**Appointment :**

* Please indicate the date of the physician’s next appointment with the client:

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Physician issuing the CTO**:

* Name of physician: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Mailing address: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Phone #: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Fax #: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Email address: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**ELIGIBILITY CRITERIA**

### Has the client been admitted in a psychiatric facility on at least two (2) occasions OR for a cumulative period of at least 30 days during the previous three years?

**Yes**  **No**

* Has the client been issued a CTO in the last three (3) years?

**Yes** **Year**: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **No**

**CONSENT**

* Is the person able to consent to the CTO?

**Yes**  **No**

**SUBSTITUT DECISION MAKER (S)**

If the person is unable to consent to the CTO please provide the SDM’s OR SDMs’ contact information:

**SDM 1:**

* SDM’s name: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Mailing address: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Phone #: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Email address: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**SDM 2:**

* SDM’s name: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Mailing address: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Phone #: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Email address: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Does the person or their substitute decision-maker agree to the CTO? 󠄀 **Yes**  **No**

**COMMUNITY TREATMENT PLAN**

1. **Psychiatric follow-up**

Complete name of the physician who will ensure the follow up as well as their contact information (if different from the one issuing the CTO):

* + Physician’s name: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Mailing address: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Phone #: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Fax #: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Email address: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Medication and Medication Clinic**

* Psychotropic drug regimen: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Who will administer the injection?
* Name of person :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Name of organization : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Mailing address: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Phone #: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Fax #: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
  + Does the client have the means to pay for his/her medication?  **󠄀 Yes**  **No**

1. **Community Resources**

Are there community resources currently implicated in offering support to the client and that consent to be involved in the CTO? **󠄀 Yes**  **No**

* Name of person :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Name of organization : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Mailing address: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Phone #: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Fax #: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Does the person have stable housing?

**Yes**  **No**

**OTHER PERTINENT INFORMATION**: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**(Optional) INFORMATION REQUESTED BY THE MINISTRY OF HEALTH**

**With whom does the person live:** (choose an item from the **drop-down list**)

* Choisissez un élément.

**What type of dwelling does the person live in? :** (choose an item from the **drop-down list**)

* Choisissez un élément.

**Services received in the last 6 months** (choose an item from the **drop-down list**)

* Choisissez un élément.

**Involvement in the legal system in the last 6 months** (choose an item from the **drop-down list**)

* Choisissez un élément.

**Information regarding the person completing this form**

**Name:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Name of organization:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Email address :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Telephone # :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Fax # :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**THANK YOU FOR YOUR COLLABORATION AND YOUR TEAM WORK!**

**Danielle**

**Please forward to:**

Danielle Perron-Roach Tel: 613-746-4621 ext. 3564

CTO Coordinator Fax: 613-907-8017

[otmc-cto@montfort.on.ca](mailto:otmc-cto@montfort.on.ca)