# **Formulaire de référence et de renouvellement d’OTMC**

## **IMPORTANT:**

*Indiquez UNIQUEMENT les informations qui ont changé depuis la dernière OTMC.*

**S’il vous plaît faire parvenir à:**

Danielle Perron-Roach Tél: 613-746-4621 poste 3564

Coordonnatrice des OTMC Télécopieur: 613-907-8017

otmc-cto@montfort.on.ca

# **Formulaire de référence et de renouvellement OTMC**

**INFORMATION GÉNÉRALE**

**Nom du client** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* Pronom (s) préféré (s) (choisir parmi **la liste déroulante**) : Choisissez un élément.
* Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
* Diagnostique (choisir parmi la **liste déroulante**) : Choisissez un élément.
* Adresse postale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* # de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* # de carte santé de l’Ontario : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Date estimée du congé de l’hôpital: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Langue**:

* + Langue maternelle de la personne (choisir parmi la **liste déroulante**): Choisissez un élément.
	+ Langue dans laquelle l’OTMC doit être rédigée (choisir parmi la **liste déroulante**): Choisissez un élément.

**Rendez-vous :**

* Veuillez indiquer la date du prochain rendez-vous entre le médecin et le client :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Médecin qui émet l’OTMC**:

* Nom du médecin qui émet l’OTMC (prénom et nom)  : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse postale: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* # de téléphone: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* # de télécopieur: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse courriel: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

### **CRITÈRES D’ÉLIGIBILITÉ**

### Est-ce que la personne a séjourné dans un établissement psychiatrique à au moins deux reprises ou pour une période cumulative de 30 jours au moins au cours de la période précédente de trois ans?

[ ]  **Oui** [ ]  **Non**

* Est-ce que le client a déjà fait l'objet d'une OTMC :

[ ]  **Oui** **Quand?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. [ ] **Non**

**CONSENTEMENT**

* Est-ce que la personne est capable de consentir à l’OTMC? [ ]  **Oui** [ ]  **Non**

Si non, est-ce qu’une Formule 33 a été émise? [ ]  **Oui** [ ]  **Non 󠄀**

**MANDATAIRE (S) SPÉCIAL (IAUX)**

Si la personne est incapable de consentir à son OTMC, veuillez partager l’informations suivantes sur le (s) mandataire (s) spécial (iaux):

**Mandataire spécial 1 :**

* Nom du/ des mandataire (s): Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse postale: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* # de téléphone: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse courriel: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Mandataire spécial 2 :**

* Nom du/ des mandataire (s): Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse postale: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* # de téléphone: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse courriel: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Est-ce que la personne ou son (ses) mandataire (s) spécial (ciaux) consent (ent) à l’OTMC? **󠄀** [ ]  **Oui** [ ]  **Non**

**PLAN DE TRAITEMENT COMMUNAUTAIRE**

1. **Suivi psychiatrique**
* Nom COMPLET du médecin qui assurera le suivi (si différent de celui qui émet l’OTMC): Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse postale: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* # de téléphone: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* # de télécopieur: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse courriel: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
1. **Médication et Clinique de médicaments**
* Régime de médicament psychotrope : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
	+ Qui administrera l’injection? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Nom de la personne qui administra la médication (prénom et nom) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Organisme : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse postale: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* # de téléphone: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* # de télécopieur: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Est-ce que la personne a les ressources pour payer pour sa médication? [ ]  **Oui** [ ]  **Non**
1. **Ressources communautaires**

Y a-t-il des ressources communautaires actuellement impliquées dans l’offre de soutien au client/ à la cliente et qui consentent à participer à l’OTMC ? [ ]  **󠄀 Oui**  [ ]  **Non**

* Nom de la personne offrant des services communautaires :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Nom de l’organisme : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse postale: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* # de téléphone: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* # de télécopieur: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Est-ce que le client/la cliente a un logement stable?

 [ ]  **Oui**  [ ] **Non**

**AUTRE INFORMATION PERTINANTE** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

 **(Optionnel) INFORMATIONS DEMANDÉES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

**Avec qui demeure la personne :** (choisir un élément parmi la **liste déroulante**)

* Choisissez un élément.

**Dans quel type de logement demeure la personne :** (choisir un élément parmi la **liste déroulante**)

* Choisissez un élément.

**Participation aux services aux patients au cours des 6 derniers mois** (choisir un élément parmi la **liste déroulante**)

* Choisissez un élément.

**Implication du patient dans le système juridique au cours des 6 derniers mois** (choisir un élément parmi la **liste déroulante**)

* Choisissez un élément.

**Information concernant la personne qui remplit ce formulaire**

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

**Nom de l’organisme:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Adresse courriel :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

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

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

**MERCI POUR VOTRE COLLABORATION ET VOTRE TRAVAIL D’ÉQUIPE!**

**Danielle**

**S’il vous plaît faire parvenir à:**

Danielle Perron-Roach Tél: 613-746-4621 poste 3564

Coordonnatrice des OTMC Télécopieur: 613-907-8017

otmc-cto@montfort.on.ca