

# Demande de services

## Sara Riel Inc.

66, avenue Moore

Winnipeg, Manitoba

R2M 2C4

Ligne directe de l'admission :  
204-237-7165

Télécopieur de l'admission :  
204-233-2564



### IMPORTANT \* VEUILLEZ LIRE

La demande de services de Sara Riel Inc. est le début d'un processus qui vise à vous offrir rapidement les bons services au bon moment.

Il y a quand même parfois des listes d'attente, alors si vous vous trouvez dans une situation de crise immédiate, veuillez jeter aussi un coup d'œil à la page 2 pour voir les ressources offertes.



## Si vous songez au suicide :

**Ligne anti-suicide du Manitoba**  
24 heures (sans frais)  
**1-877-435-7170**

## Si vous êtes victime ou voulez signaler des mauvais traitements :

### Service de police de Winnipeg :

Pour signaler une agression sexuelle dans une situation d'urgence, faites le **9-1-1**

Pour signaler une situation non urgente à la police, faites le **204-986-6222**

Pour parler confidentiellement à un détective, faites le **204-986-6245**

**Ligne d'aide aux victimes d'agression sexuelle de Klinic :**  
**204-786-8631**

**Ligne d'aide aux personnes âgées victimes de mauvais traitements :**  
**204-945-1884**

**Protection des personnes recevant des soins : 204-788-6366**

## Autres ressources communautaires

Ligne d'écoute téléphonique de Klinic	204-786-8686
Service mobile d'intervention en cas de crise de l'ORSW	204-940-1781
ATS ligne d'accès pour les personnes sourdes	204-779-8902
Unité de stabilisation en cas de crise de l'ORSW	204-940-3633
ATS ligne d'accès pour les personnes sourdes	204-957-7101
Services communautaires de santé mentale (accès direct)	204-940-2655
Défenseur de la santé mentale (CMHA)	204-982-6100
Répit Seneca (Sara Riel Inc.)	204-231-0217
Ligne de réconfort Seneca (19 h à 23 h seulement)	204-942-9276
Info Santé	204-788-8200
Ligne d'information sur le SIDA / les MTS	204-945-2437
Société de la schizophrénie du Manitoba	204-786-1616
Association des troubles de l'humeur	204-786-0987
Association des troubles anxieux du Manitoba (ADAM)	204-925-0600
Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (AFM)	204-944-6200
Ligne de secours pour dépendance au jeu (sans frais)	1-800-463-1554
Équipe mobile d'intervention auprès des jeunes en cas de crise	204-949-4777
Jeunesse, J'écoute (sans frais)	1-800-668-6868
Age and Opportunity	204-956-6440
Moisson Winnipeg	204-982-3660

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Prénom(s) \_\_\_\_\_ Initial(s) \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Cellulaire/Autre \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Date de naissance (mm/jj/aaaa) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexe :  Homme  Femme  Transgenre

Marital Status :  Célibataire  Marié  Union de fait  Séparé  Divorcé  Veuve Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

Numéro d'immatriculation de Santé Manitoba (6 chiffres) \_\_\_\_\_

Numéro d'identification personnelle de Santé Manitoba (9 chiffres) \_\_\_\_\_

**ADRESSE**

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code Postale \_\_\_\_\_

À cette adresse depuis (mm/jj/aaaa) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Loyer mensuel \$ \_\_\_\_\_

**ORIGINE ETHNIQUE**

Citoyenneté :

Canadien  Réfugié  Résident permanent  Autre \_\_\_\_\_

Langue préférée :

Anglais  Français  Autre \_\_\_\_\_

Langues parlées (connaissance fonctionnelle) :

Anglais  Français  Autre \_\_\_\_\_

Ascendance Premières Nations :

Oui Numéro de « traité » \_\_\_\_\_

**SOURCE DE LA RECOMMANDATION**

Veuillez indiquer si vous avez été envoyé à Sara Riel par un organisme ou travailleur externe et s'ils vous ont aidé à remplir la demande.

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date (mm/jj/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DEMANDE DE SERVICES**

**La priorité de mon indentification personnelle est comme suivie :**

Veillez indiquer tout service requis en ordre prioritaire (numéro 1 étant du besoin le plus urgent). Laissez vide les items non voulus. Aussi, veuillez cochez les cases des activités ou sujets sur lesquels vous aimeriez vous concentrer.

**Si vous voulez de l'aide au logement, veuillez consulter votre travailleur.**

\_\_\_\_\_ **CONSEILLING EN SANTÉ MENTALE (LA SESSION « RIEL RECOVERY » EST UN PRÉREQUIS)**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problèmes d'abus     | <input type="checkbox"/> Lutter contre une dépendance      | <input type="checkbox"/> Intervention en cas de crise |
| <input type="checkbox"/> Famille/lien         | <input type="checkbox"/> Gestion des conflits/de la colère | <input type="checkbox"/> Adaptation/estime de soi     |
| <input type="checkbox"/> Deuil/perte          | <input type="checkbox"/> Comprendre les médicaments        | <input type="checkbox"/> Rétablissement psychiatrique |
| <input type="checkbox"/> Soins physique/santé | <input type="checkbox"/> Spiritualité/foi                  | <input type="checkbox"/> Garanties/litiges juridiques |
| <input type="checkbox"/> Sexualité /relations | <input type="checkbox"/> Idées de suicide                  |   |

\_\_\_\_\_ **MENTORAT DANS LA COLLECTIVITÉ (ACQUISITION D'APTITUDES À LA VIE AUTONOME)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Logement/entretien ménager | <input type="checkbox"/> Finances/budget  | <input type="checkbox"/> Soutien nutritionnel |
| <input type="checkbox"/> Réseautage social          | <input type="checkbox"/> Soins personnels | <input type="checkbox"/> Sens de la prudence  |
| <input type="checkbox"/> Aptitudes de communication | <input type="checkbox"/> Transports/accès |   |

\_\_\_\_\_ **SERVICES D'EMPLOI**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soutien à la recherche d'emploi      | <input type="checkbox"/> Orientation professionnelle | <input type="checkbox"/> planification de l'éducation |
| <input type="checkbox"/> Formation professionnelle pré-emploi | <input type="checkbox"/> Counselling en l'emploi     |   |

\_\_\_\_\_ **RÉPIT SENECA (SOUTIEN PAR LES PAIRS, SÉJOURS DE CINQ NUITS)**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

**Veillez indiquer votre diagnostic de santé mentale (cocher tout ce qui s'applique).**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trouble d'adaptation              | <input type="checkbox"/> Dépression                     | <input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique |
| <input type="checkbox"/> Trouble anxieux                   | <input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation      | <input type="checkbox"/> Psychose (non précisée)            |
| <input type="checkbox"/> Trouble d'attachement             | <input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel compulsif | <input type="checkbox"/> Trouble schizo-affectif            |
| <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire                 | <input type="checkbox"/> Trouble panique                | <input type="checkbox"/> Schizophrénie                      |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité limite | <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité     | <input type="checkbox"/> Phobie sociale                     |

Autre (veuillez préciser et expliquer) : \_\_\_\_\_

**Avez-vous un diagnostic concomitant d'un trouble du développement ?**  Oui  Non

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Spectre autistique/Asperger | <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Spectre de l'alcoolisation foetale |
| <input type="checkbox"/> Lésion cérébrale            | <input type="checkbox"/> Démence                 |   |

Veillez préciser et expliquer : \_\_\_\_\_

**Avez-vous un trouble ou handicap physique concomitant ?**  Oui  Non

Veuillez préciser et expliquer : \_\_\_\_\_

### SYMPTÔMES ET SIGNES

Veuillez indiquer si vous éprouvez ce qui suit : *(cocher tout ce qui s'applique)*.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agitation                          | <input type="checkbox"/> Changements dans les habitudes de sommeil   | <input type="checkbox"/> Préoccupation sexuelle accrue    |
| <input type="checkbox"/> Comportements compulsifs           | <input type="checkbox"/> Colère                                      | <input type="checkbox"/> Idées de meurtre                 |
| <input type="checkbox"/> Anxiété (non diagnostiquée)        | <input type="checkbox"/> Confusion                                   | <input type="checkbox"/> Incapacité à conserver un emploi |
| <input type="checkbox"/> Automutilation (coupures/brûlures) | <input type="checkbox"/> Apathie/manque de motivation                | <input type="checkbox"/> Dépression (non diagnostiquée)   |
| <input type="checkbox"/> Rendez-vous manqués                | <input type="checkbox"/> Retrait/isolation de la société             | <input type="checkbox"/> Pyromanie                        |
| <input type="checkbox"/> Épisodes dissociatifs              | <input type="checkbox"/> Médicaments non pris                        | <input type="checkbox"/> Idées de suicide                 |
| <input type="checkbox"/> Hallucinations auditives           | <input type="checkbox"/> Dépenses excessives                         | <input type="checkbox"/> Traitements non suivis           |
| <input type="checkbox"/> Agressivité verbale                | <input type="checkbox"/> Changements dans la communication           | <input type="checkbox"/> Idées fausses                    |
| <input type="checkbox"/> Attaques de panique                | <input type="checkbox"/> Changements dans les habitudes alimentaires | <input type="checkbox"/> Hallucinations visuelles         |
| <input type="checkbox"/> Idées fixes                        | <input type="checkbox"/> Agressivité physique                        | <input type="checkbox"/> Comportements compulsifs         |
| <input type="checkbox"/> Dommages matériels                 |  |   |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____  |  |   |

### CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES

Veuillez indiquer tout contact avec le système juridique.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Certificat de sortie              | <input type="checkbox"/> Ordonnance de curatelle  | <input type="checkbox"/> Procuration                                  |
| <input type="checkbox"/> Libération conditionnelle         | <input type="checkbox"/> Probation                | <input type="checkbox"/> Curateur public                              |
| <input type="checkbox"/> Ordonnance de garde d'enfant      | <input type="checkbox"/> Engagement               | <input type="checkbox"/> Ordonnance de prévention                     |
| <input type="checkbox"/> Ordonnance de non-communication   | <input type="checkbox"/> Ordonnance de protection | <input type="checkbox"/> Engagement de ne pas troubler l'ordre public |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____ |   |   |

Veuillez indiquer tout démêlé avec la justice pénale.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Démêlés actuels? | <input type="checkbox"/> Casier judiciaire? | <input type="checkbox"/> En prison au cours des 3 dernières années? |
|---|---|---|

Condamnations :

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agression physique                | <input type="checkbox"/> Dommages matériels                  | <input type="checkbox"/> Agression sexuelle |
| <input type="checkbox"/> Agression verbale                 | <input type="checkbox"/> Infraction relative aux armes à feu |   |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____ |  |   |

### ÉDUCATION, EMPLOI ET REVENU

Veuillez indiquer votre niveau de scolarité (études terminées).

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Secondaire/formation générale     | <input type="checkbox"/> École de métier | <input type="checkbox"/> Collège/université |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____ |  |   |



### Services de santé mentale

*Psychiatre, psychologue, thérapeute, conseiller*

Nom \_\_\_\_\_  
Organisation \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Code Postale \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_

### Soins primaires

*Médecin, clinicien, hôpital*

Nom \_\_\_\_\_  
Relation \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Code Postale \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_

### Soutien du revenu

*Aide à l'emploi et au revenu (AER), Régime de pensions du Canada (RPC)*

Nom \_\_\_\_\_  
Numéro de cas \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Code Postale \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_

### Soins de santé mentale dans la collectivité

*Travailleur communautaire en santé mentale, CRC, CSU, unité mobile*

Nom \_\_\_\_\_  
Organisation \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Code Postale \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_

### Système correctionnel/judiciaire

*Curateur public, agent de libération conditionnelle, Tribunal de la santé mentale, équipe FACT*

Nom \_\_\_\_\_  
Relation \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Code Postale \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_

### Autres services

*Services à l'enfant et à la famille (SEF), agent de réadaptation professionnelle*

Nom \_\_\_\_\_  
Relation \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Code Postale \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_

### Famille

*Veillez préciser*

Nom \_\_\_\_\_  
Relation \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Code Postale \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_

### Autre

*Veillez préciser*

Nom \_\_\_\_\_  
Relation \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Code Postale \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_

# Sara Riel Inc. Autorisation de divulguer les renseignements

EN SIGNANT CETTE DÉCLARATION CI-DESSOUS, JE COMPRENDS QUE...

- Sara Riel Inc. peut avoir besoin d'obtenir et de divulguer mes renseignements médicaux et financiers privés, mes évaluations sociales et psychiatriques, le résumé de mes admissions et congés, les notes d'évolution de mon cas, etc., au besoin, afin de déterminer mon acceptation par Sara Riel Inc. et mon admissibilité continue aux services.
- Sara Riel Inc. peut aussi devoir divulguer certains renseignements à ses bailleurs de fonds (gouvernement du Manitoba et Office régional de la santé de Winnipeg) dans l'offre continue de services.
- Mes renseignements confidentiels peuvent être divulgués aux services d'urgence appropriés, si Sara Riel Inc. a des raisons justifiées de croire que maintenir la confidentialité pourrait sérieusement compromettre ma santé et ma sécurité ou celles d'autres personnes.
- Mes renseignements confidentiels peuvent être divulgués aux services d'urgence appropriés si je suis incapable de fournir les renseignements requis pour recevoir les soins nécessaires.
- Le personnel de Sara Riel Inc. est lié par une entente de confidentialité comme condition d'emploi et peut uniquement utiliser mes renseignements pour me fournir des services conformément à ce que j'ai accepté.
- Je peux révoquer mon autorisation de divulguer mes renseignements privés à l'une ou l'autre ou à toutes les « personnes et organisations listées dans la présente » \*, n'importe quand, au moyen d'un « avis de changement » écrit.

EN SIGNANT CETTE DÉCLARATION CI-DESSOUS, J'AUTORISE...

- Sara Riel Inc. à divulguer mon intention de recevoir du soutien de Sara Riel Inc. et à demander les renseignements nécessaires pour ma demande aux « personnes et organisations listées dans la présente » \*.
- Les « personnes et organisations listées dans la présente » \* à divulguer à Sara Riel Inc. les renseignements demandés pour les besoins de ma demande de services de Sara Riel Inc.

EN SIGNANT CETTE DÉCLARATION CI-DESSOUS...

- J'atteste que j'ai atteint la majorité.
- Je décharge Sara Riel Inc., ainsi que ses employés, agents, étudiants, chercheurs et bénévoles, de toute réclamation qui pourrait découler de la divulgation de ces renseignements.
- Je garantis que les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts, autant que je sache.

Nom (*caractère d'imprimerie*) \_\_\_\_\_ Date de naissance (*mm/jj/aaaa*) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date signature (*mm/jj/aaaa*) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* « personnes et organisations listées dans la présente » désigne les personnes et organisations listées à la page 8 comme principaux prestataires de services.



## Sara Riel Inc.

Les employés de Sara Riel Inc. sont liés par une entente de confidentialité en conformité avec la convention d'achat de services qui régit leur prestation de services pour le compte de l'Office régional de la santé de Winnipeg et du gouvernement du Manitoba. Les renseignements que les demandeurs fournissent dans la Demande de services de Sara Riel Inc. sont considérés comme étant des renseignements privilégiés et sont protégés par la confidentialité qui garantit leur utilisation uniquement pour l'offre de soins aux clients et interdit leur divulgation non autorisée en application de la Loi sur les renseignements médicaux personnels (LRMP).

Nous n'échangeons des renseignements avec des tiers qu'avec l'approbation expresse et signée du demandeur. Vous trouverez une Autorisation de divulguer des renseignements détaillés aux pages 8 et 9 du présent formulaire. Elle permet au demandeur d'autoriser l'échange de renseignements avec les principaux prestataires de services désignés. Veuillez la lire avec soin, la signer et la dater ; elle fait partie intégrante de votre demande.

Les renseignements demandés dans la présente permettent à Sara Riel Inc. de rationaliser le processus d'admission. Ils évitent le plus possible le double emploi et éliminent le besoin pour les personnes de « raconter leur histoire » à plus d'un membre du personnel avant d'être acceptées dans nos programmes de services, ce qui réduit considérablement le risque qu'elles aient l'impression d'être renvoyées d'une personne à une autre dans l'évaluation de leurs besoins.



Nous espérons que cette Demande de services de Sara Riel Inc. est à la fois facile à comprendre et facile à remplir.

Si vous avez de la difficulté à remplir cette demande, veuillez communiquer avec l'admission de Sara Riel Inc. au 204-237-7165.

Assister à une orientation aux services de Sara Riel Inc. pourrait aussi vous être utile. En plus de présenter de l'information détaillée sur tous nos services, les membres de notre personnel peuvent vous aider à comprendre et remplir votre demande de services.

Les orientations aux services ont lieu à toutes les deux semaines, le jeudi, de 10 h à midi. Pour vous inscrire à une séance, appelez l'admission au 204-237-7165.