



CENTRE WANAKI CENTRE

📍 50 Wanaki Mikan ✉ P.O. Box 37, Maniwaki (Qc) J9E 3B3

☎ 819-449-7000 📞 1-800-745-4205 📠 819-449-7832

✉ reception@wanakicentre.com 🌐 www.wanakicentre.com

ADMISSIONS: ext 4227

☎ 819-449-2007

✉ admissions@wanakicentre.com

DEMANDE D'ADMISSION PROGRAMME RÉSIDENTIEL DE QUATRE SEMAINES

Mis à jour en Février 2024

Ce formulaire d'admission contient cinq (5) sections :

Section 1 : Consentement éclairé

Section 2 : Admission des clients/Informations générales

Section 3 : À remplir par le client

Section 4 : Évaluation de la santé

Section 5 : Transport

- ❑ **ÉTAPE 1 :** Le Centre Wanaki doit recevoir les sections 1 à 6 entièrement complétées avant que nous puissions procéder à notre évaluation clinique. Nous recommandons fortement à tous les candidats d'avoir un travailleur de référence pour obtenir du soutien.
- ❑ **ÉTAPE 2 :** Le Centre effectuera une évaluation clinique. La décision d'admission du Centre sera communiquée au référent et au client.
- ❑ **ÉTAPE 3 :** Dès réception de la décision d'admission, le référent et le client doivent signer et retourner le formulaire signé par télécopieur ou par courriel pour confirmer l'admission du client au cycle du programme résidentiel.
- ❑ **ÉTAPE 4 :** À la réception du formulaire de décision d'admission signé par le client et l'agent référent, une réunion de pré-contact soit Zoom ou téléphonique sera cédulée avec le client avant le début du programme pour fournir des informations supplémentaires.

Il y a 5 principes à suivre :

- Aucune possession ou consommation d'alcool ou de drogues pendant le traitement
- Aucune violence d'aucune sorte
- Respecter les règles et règlements de la structure du début jusqu'à la fin du cycle
- Pas de contact intime
- Interdiction de fumer dans le bâtiment principal ou dans les structures extérieures

Toutes les demandes envoyées au Centre Wanaki ne peuvent ou seront différées d'un programme qu'une seule fois. Si une demande dépasse un délai de 3 mois, une nouvelle demande d'admission devra être soumise à nouveau.

Vous avez la responsabilité de travailler au mieux de vos capacités sur vos 4 aspects :

- Physique (marche, exercice)
- Mental (être attentif lors des ateliers, lire, apprendre des autres)
- Spirituel (purification, prière, méditation, offre de tabac)
- Émotionnel (écrire dans mon journal, partager dans le cercle)



📱 @centrewanakicentre 📧 @wanakicentre 📞 @WanakiCentre

*30 years of empowering First Nations and Inuit Peoples to live a balanced lifestyle.
30 ans de parcours de guérison culturelle de qualité offert aux Premières Nations et Inuits.*



SECTION 1 : CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Formulaire de consentement éclairé

Wanaki est un centre de traitement reconnu du PNLAADA avec des années d'expérience spécialisée dans divers domaines de conseil. Nous valorisons notre relation avec nos clients et pensons qu'une telle relation est le guide du processus de guérison.

Nous pensons que chacun est unique et a sa propre façon d'aborder les résolutions. Ainsi, nous croyons en un modèle de bien-être qui aide nos clients à s'autonomiser en se concentrant sur ce qui fonctionne pour eux et non en une approche systématique qui fournit une procédure générique pour travailler sur un traitement. Le parcours de l'un n'est pas le même que celui de l'autre.

Droits du client

1. Le client peut poser des questions sur quoi s'attendre pendant le programme de traitement.
2. Le client peut mettre fin au programme de traitement à tout moment.
3. L'équipe clinique a le droit d'exclure le client du programme de traitement.
4. Droit à la confidentialité : Dans les limites prévues par la loi, tous les dossiers et informations acquis par le conseiller seront gardés confidentiels conformément aux principes de la relation conseiller/client. Toutes les informations ne seront partagées ou révélées à aucune personne, agence ou organisation sans le consentement écrit préalable du client.
5. Le client peut faire part de ses préoccupations et parler avec un conseiller, à condition que celui-ci soit également disponible pour discuter des questions avec le client.

Consentement du contact d'urgence

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de fournir 2 (deux) contacts d'urgence. Votre consentement est requis pour le centre Wanaki en cas d'urgence.

Contact d'urgence n°1	Contact d'urgence n°2
Nom:	Nom:
Numéro de téléphone:	Numéro de téléphone:
Relation:	Relation:

Je _____, déclare avoir lu toutes les informations incluant mes responsabilités. Je comprends que si je ne respecte pas les principes et responsabilités décrits, on pourrait me demander de quitter le programme. J'accepte que si je suis accepté dans le programme, je participerai pleinement au quotidien et accomplirai mes tâches de travail.

Signature du client

Date (J/M/A)

Signature du référent

Date (J/M/A)



SECTION 2 : ADMISSION DU CLIENT – INFORMATIONS GÉNÉRALES

**** Veuillez inclure une copie de la carte d'assurance maladie et la carte de statut de première nation ou de l'enregistrement des Inuits.**

*Nom de famille:		*Nom:			
Courriel:			Numéro de carte d'assurance maladie et date exp:		
*Date de naissance (jj/mm/aaaa):	Âge:	*Sexe (identifier comme) :	Téléphone:	Cellulaire :	
*Adresse (Ajouter une boîte postale si nécessaire)			Ville:	Province:	Code Postal:
Langue parlée:		Langue préférée :		Langue comprise :	
Communauté:		Nation:		Numéro de statut de Première Nation / enregistrement d'Inuit :	
ÉDUCATION					
Dernière année terminée ? _____		Où?	Niveau de lecture :		Niveau d'écriture :
<input type="checkbox"/> École primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Autre:		<input type="checkbox"/> Public hors réserve <input type="checkbox"/> Public dans la réserve <input type="checkbox"/> École privée <input type="checkbox"/> École résidentielle	<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Pauvre		<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Pauvre
SITUATION FINANCIÈRE					
Statut d'emploi / Situation financière :		Quelle a été votre principale source de revenus au cours des six derniers mois ?			
		<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Assistance sociale <input type="checkbox"/> L'assurance-emploi <input type="checkbox"/> Pension ou assurance <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____			
RELATIONS DE FAMILLE					
Statut matrimonial :	Le client a-t-il des enfants à charge ?	Si oui, ont-ils accès à des services de garde d'enfants adéquats pendant leur participation au programme ?	Les enfants sont-ils pris en charge ?	Le client a-t-il d'autres personnes à charge ?	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien ? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Fournir des informations sur les enfants ou autres personnes à charge du client :					
Nom		Âge		Relation	
Support familial :			Forces familiales :		



****LISEZ ATTENTIVEMENT S'IL VOUS PLAÎT****

Si vous avez des situations juridiques, vous devrez répondre aux critères suivants.

Fournissez toute pièce justificative demandée par Wanaki pour procéder à une évaluation appropriée de la demande. Les travailleurs de référence devront fournir à Wanaki une confirmation écrite du tribunal selon laquelle le client ne comparaitra pas devant le tribunal, ne sera pas soumis à des conditions de probation ou de libération conditionnelle qui interrompraient les services de traitement du client pendant 4 semaines. Si la personne postulant a un casier judiciaire actif, une copie de ce dossier devra nous être transmise pour compléter la demande.

Le centre de détention ou la communauté devra s'assurer que le client arrive au Centre Wanaki avec le transport et les moyens pour rentrer chez lui ou au centre de détention d'où il vient.

REMARQUE : Si un client arrive avec des conditions légales le jour de l'admission sans transport de retour, cela signifie qu'il ne sera pas accepté.

STATUT LÉGAL

Le tribunal a-t-il ordonné au client de participer au programme ?

- Oui
- Non

Si oui, fournissez des détails (incluez les détails/une copie de l'ordonnance de probation, le cas échéant et/ou disponible)

Le client est-il soumis à l'une des conditions juridiques suivantes ?

- Caution
- Libération conditionnelle
- Ordonnance de permission de sortir

Implication du système juridique :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tribunal pénal | <input type="checkbox"/> Ordonnance du tribunal |
| <input type="checkbox"/> Tribunal de la famille | <input type="checkbox"/> Justice réparatrice |
| <input type="checkbox"/> Tribunal traitement de la toxicomanie | <input type="checkbox"/> Condamnation avec sursis |
| <input type="checkbox"/> Mise en liberté surveillée | <input type="checkbox"/> Libération conditionnelle |
| | <input type="checkbox"/> Charges en attente |

Autre (préciser, dates, etc.) : * **OBLIGATOIRE** de fournir les informations relatives au casier judiciaire

ANTÉCÉDENTS

Le client a-t-il participé à un programme de désintoxication non résidentiel / communautaire

- Oui
- Non

Le client a-t-il participé à un programme de santé mentale non résidentiel/communautaire ?

- Oui
- Non

Le client a-t-il déjà participé à un programme de traitement résidentiel/virtuel ?

- Oui
 - Non
- Si oui, combien ? _____

Si oui, veuillez fournir des informations sur votre expérience de traitement antérieure :

Année	Centre de traitement	Type de dépendance	Complété	commentaires
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Raison(s) pour laquelle vous demandez actuellement à rejoindre un programme ?



CONSUMMATION			
À quel âge avez-vous commencé à consommer des substances ?		À quel âge avez-vous commencé à avoir de graves problèmes de toxicomanie ?	
En moyenne, à quelle fréquence consommez-vous des substances ?			
<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Fins de semaine <input type="checkbox"/> Quelques jours semaine <input type="checkbox"/> 1 à 2 jours par mois			
De quel(s) type(s) de substances abusez-vous ?			
Alcool:		Drogues:	
<input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Spiritueux <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Autre: _____		<input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Speed <input type="checkbox"/> Acide <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Mescaline <input type="checkbox"/> Crystal Meth <input type="checkbox"/> Solvant/Inhalant <input type="checkbox"/> Opioïdes <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Abus de médicaments sur ordonnance :		Nicotine:	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : _____		<input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> Chiqué du tabac <input type="checkbox"/> Vapoteuse <input type="checkbox"/> Pipe <input type="checkbox"/> Cigare <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Sobre puisque (Si applicable) :			
Pourquoi pensez-vous que vous consommez des substances ?			



LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE		
Le client a-t-il ressenti l'un des symptômes suivants lors du sevrage de substances au cours des 12 derniers mois ?		
Symptôme		Décrire
Évanouissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Hallucinations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Nausées/Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Tremblements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Delirium Tremens (DT)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Avez-vous déjà expérimenté les DT ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
LA DÉPENDANCE COMPORTEMENTALE		
Le client a-t-il rencontré des problèmes avec l'un des éléments suivants au cours des 12 derniers mois ?		
Processus/dépendance comportementale		Décrire
Jeux de hasard (machines à sous, cartes, Keno, bingo, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Alimentation (obésité, anorexie, boulimie, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Sexe (promiscuité, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Cellulaire/SMS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Réseaux sociaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Jeux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Autre (veuillez préciser):	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	



SANTÉ MENTALE		
Fournissez les informations suivantes sur l'état de santé du client au cours des 12 derniers mois :		
Maladie mentale		Décrire
A reçu un diagnostic de maladie mentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	Si oui, veuillez expliquer:
Actuellement en traitement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Actuellement sous médication psychiatrique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	Si oui, veuillez indiquer les médicaments :
Prendre des médicaments de façon constante	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
*Tentatives de suicide/idées de suicide antérieures	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	Si oui quand?
*Hospitalisé pour tentative de suicide	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	Si oui quand?
*Actuellement suicidaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Autres informations importantes :		Nom et numéro de téléphone du psychiatre/psychologue (le cas échéant)
AUTRE		
Quelles croyances spirituelles/religieuses suivez-vous ?		Êtes-vous intéressé à apprendre les enseignements culturels et spirituels de base de la Première Nation algonquine? (Veuillez prendre note, cela fait partie du programme) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le client a-t-il des croyances et des pratiques culturelles et/ou spirituelles dont nous devons être conscients ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez décrire :
Le client a-t-il des besoins ou des problèmes d'alphabétisation ou d'apprentissage dont nous devons être conscients ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez décrire :
Y a-t-il d'autres problèmes importants dont nous devons être conscients ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez décrire :
Le client comprend-il qu'il s'attend à ce qu'il ait été sans alcool ni drogue pendant au moins 7 jours avant l'admission (ou 14 jours s'il se retire des benzodiazépines). (Le client ayant moins que le nombre de jours requis doit en informer le centre Wanaki avant l'admission).		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les points forts personnels:		



INFORMATIONS DU RÉFÉRENT				
Prénom:		Nom:		
Titre d'emploi :		Téléphone:		Cellulaire :
Organisation:			Courriel :	
Adresse de l'organisation : (Ajouter une boîte postale si nécessaire)		Ville:	Province:	Code Postal:
Le client a-t-il effectué deux rendez-vous préprogramme? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Continuerez-vous à voir le client une fois qu'il aura terminé le programme ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Veuillez indiquer les dates de rencontres?	Date 1 :	Date 2 :	Date 3 :	Date:
De quels autres soutiens votre client pourrait-il bénéficier dans sa communauté une fois le traitement terminé ?				
Nom/Ressource		Description de l'assistance		
Veuillez fournir/joindre un bref résumé d'évaluation (les résumés d'évaluation complétés dans les 6 semaines suivant cette demande peuvent être remplacés et joints), y compris le résumé de tout processus d'évaluation complété avec le client (par exemple, SASSI, MAST, DAST, etc.) qui prend en charge la candidature au programme et évaluez comment les dépendances ont affecté votre client dans tous les domaines (par exemple, domestique, médical, scolaire, psychologique, spirituel, émotionnel).				
STADE DE PRÉPARATION DU CLIENT				
<input type="checkbox"/> Pré contemplation – Ne pas envisager le changement ; résistant au changement. <input type="checkbox"/> Contemplation - Incertain de savoir s'il faut ou non changer, indécision chronique. <input type="checkbox"/> Détermination - Préparation ; s'engage à changer de comportement dans un délai d'un mois. <input type="checkbox"/> Action – Commencez à changer de comportement. <input type="checkbox"/> Maintien - Le changement de comportement persiste depuis 6 mois ou plus.				
Veuillez énumérer toutes les questions ou préoccupations que le client a signalées au cours du processus d'admission :				
Quels autres domaines pourraient devoir être abordés dans le programme ? (p. ex., abandon, pensionnats, colère, chagrin, perte, compétences parentales, abus sexuel, rejet, finances, spiritualité, suicide, santé mentale, jeu et autres dépendances , etc.) :				
Évaluation des points forts du client et des défis potentiels pour terminer le programme :				



LISTE DE CONTRÔLE DU RÉFÉRENT		
Veuillez initialiser les éléments applicables qui ont été remplis. Cochez tous les éléments joints à cette demande :		
Éléments	Ci-joint	Initiales
Évaluations psychiatriques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ordonnance de probation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Évaluation médicale actuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Résumé de l'évaluation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Profil de l'abus de substances	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Veuillez initialiser chaque élément qui a été complété :		
Éléments	Initiales	
Tous les rendez-vous médicaux, dentaires et optiques ont été traités avant le début du traitement		
Toutes les questions financières ont été traitées avant le début du traitement		
Toutes les questions juridiques ont été traitées avant le début du traitement		
ÉVALUATION DU RÉFÉRENT		
Pensez-vous que votre client a besoin d'une cure de désintoxication avant de commencer notre programme résidentiel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez expliquer davantage :
SIGNATURE		
Signature du référent	Date (J/M/A)	



SECTION 4: MEDICAL EVALUATION

INFORMATION médecin/infirmière			
Prénom:		Nom:	
Titre d'emploi:	Téléphone:	Cellulaire:	
Organisation:		Courriel:	
Adresse de l'organisation:(Rajout du P.O si applicable)		Ville:	Province: Code postal:
Prénom du client:		Nom du client:	

LA PERSONNE PRÉSENTE-T-ELLE LES CONDITIONS SUIVANTES, DIAGNOSTICÉES PAR UN MÉDECIN ?			
COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE			
<input type="checkbox"/> Grossesse *Veuillez prendre note que le Centre Wanaki n'accepte pas les femmes ayant passé 20 semaines de grossesse*	Nombre de semaines ?	Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier examen médical?
	Autres commentaires (ex : date du prochain rendez-vous médical, nombre de grossesses précédentes, interruption volontaire de grossesse, grossesse à haut risque, etc.) :		
<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques (y compris hypertension, hypotension artérielle, angine)	Date du dernier épisode?	Veuillez préciser de quel trouble cardiaque :	
	Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Êtes-vous en attente pour une chirurgie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Autres commentaires (ex : date du prochain rendez-vous, antécédents familiaux, etc.)		
<input type="checkbox"/> Épilepsie	Date du dernier épisode?	Dernier examen médical?	Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Autres commentaires (ex; date du prochain rendez-vous, antécédents familiaux, etc.)		
<input type="checkbox"/> Trouble hépatique (ex. : Cirrhose, ictère, hépatite A,B,C, problème hépatique, œdème)	Date du dernier épisode?	Veuillez préciser de quel trouble hépatique:	Dernier examen médical? Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Autres commentaires (ex. Date du prochain rendez-vous etc.)		



<input type="checkbox"/> Diabète	Dernier examen médical?		Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Votre diabète est-il stable?	
	Prenez-vous de l'insuline? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Suivez-vous un régime spécial?		Date de votre dernière prise de sang (résultat A1C)?	
	Autres commentaires (ex : date du prochain rendez-vous, etc.)					
<input type="checkbox"/> Histoire récente (1 mois) de traumatisme crânien avec perte de conscience (ex : fracture du crâne)	Date de l'évènement?		Dernier examen médical?		Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Autres commentaires (ex : date du prochain rendez-vous, etc.) :					
<input type="checkbox"/> Troubles respiratoires (Asthme, bronchite chronique, emphysème, infections, toux)	Veuillez préciser quel trouble respiratoire :			Avez-vous une toux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, caractéristiques de l'expectoration?		
	Date du dernier épisode?		Dernier examen médical?		Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Autres commentaires (ex : date du prochain rendez-vous, etc.)					
<input type="checkbox"/> Allergie (médicaments, nourriture, autres)	Types d'allergies?			Types de réactions allergiques?		
	Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Prenez-vous des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		EpiPen? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Autres commentaires (ex : date du prochain rendez-vous, etc.)					
<input type="checkbox"/> Troubles de santé mentale (anxiété, dépression, psychose, schizophrénie, etc.)	Veuillez préciser:					
<input type="checkbox"/> Autre (Ex : ITSS, VIH, Inflammations, infections, état des sites d'injection et toutes autres plaies, problèmes de mobilité, problèmes instables/non diagnostiqués, gain/perte de poids important)	Veuillez préciser:		Dernier examen médical?		Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Autres commentaires (ex : date du prochain rendez-vous)					
EXAMEN PHYSIQUE						
Pression artérielle:		Rythme cardiaque:		Respiration:		Température:
Poids:		Grandeur:		Glucose sanguin:		Toute blessure:
Suggérez-vous un examen médical, des tests ou des investigations supplémentaires avant l'admission du client au Centre Wanaki ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, veuillez préciser:		
À votre avis, votre client a-t-il besoin d'une cure de désintoxication pour sa toxicomanie avant d'entrer dans le programme résidentiel du Centre Wanaki ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, veuillez préciser:		
Avez-vous un médecin de famille ou une infirmière? (sur une base régulière)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, nom et prénom du professionnel de santé:		
				Nom de la Clinique:		
				Numéro de téléphone:		Ville:



QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE DES SYMPTÔMES DE LA TUBERCULOSE DU CENTRE WANAKI

Le demandeur doit répondre à la partie A. Un professionnel de la santé doit évaluer les réponses et attribuer une recommandation dans la partie B. Veuillez noter qu'un test cutané anti-TB n'est pas obligatoire pour entrer au Centre Wanaki. Si le client répond OUI à plus d'une question, nous recommandons une enquête plus approfondie avant l'admission au Centre Wanaki.

PARTIE A

Une toux productive depuis plus de 3 semaines?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hémoptysie (crachats de sang)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Perte de poids inexplicée?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fièvre, frissons ou sueurs nocturnes sans raison connue?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Essoufflement persistant?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fatigue inexplicée?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Douleur thoracique?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des contacts avec une personne atteinte de tuberculose active au cours de l'année écoulée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre communauté compte-t-elle actuellement des cas de tuberculose ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous fait un test cutané pour la tuberculose ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, j'ai fait un test de tuberculose	Date:	Résultat:

PARTIE B

Après examen des réponses au questionnaire et discussion avec la personne pour laquelle l'évaluation de la tuberculose est requise, je recommande ce qui suit :		
<input type="checkbox"/> Rien n'indique que cette personne souffre d'une tuberculose active à l'heure actuelle.		
<input type="checkbox"/> Une évaluation plus approfondie, y compris un test cutané antituberculeux ou une autre évaluation médicale, est indiquée et doit être effectuée avant l'admission dans un établissement.		
Signature du professionnel de la santé	Nom imprimé	Date

MÉDICATION

Nous préférons un imprimé en pharmacie du dossier de médication des participants. Nous demandons également au client d'arriver au centre avec 4 semaines de médicaments déjà préparés en DOSETTES (blister de pharmacie) s'il n'est pas disponible, nous demandons qu'il se présente avec tout au plus 3 jours de médicaments.

N'apportez aucun médicament non prescrit ; il sera éliminé. Même chose avec les suppléments de protéines en poudre. Nous optimisons une alimentation saine qui fournit tous les nutriments dont le corps a besoin.

Votre client prend-il actuellement des médicaments prescrits ? (Si oui, veuillez préciser le nom, la posologie, la durée et toute recommandation particulière d'utilisation ou joindre la liste des pharmacies)

Nom du médicament	Raison	Effet psychoactif

J'ai examiné _____ et je le trouve apte à fréquenter l'établissement de traitement résidentiel du Centre Wanaki.

Cachet de vérification du médecin ou de l'infirmière

Signature du médecin ou de l'infirmière autorisée

Date JJ/MM/AAAA



SECTION 5 : TRANSPORT

INFORMATION DE VOYAGE

Le client se rendra au Centre Wanaki en utilisant les moyens de transport suivants :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autobus | <input type="checkbox"/> Avion |
| <input type="checkbox"/> Train | <input type="checkbox"/> Véhicule personnel |
| <input type="checkbox"/> Taxi/Transport médical | <input type="checkbox"/> Famille |

Y aura-t-il plus d'un moyen de transport et/ou nécessitera-t-il de passer la nuit à mi-chemin du voyage ? Oui Non
Si oui, veuillez fournir plus de détails : (c'est-à-dire. personne à contacter, numéro de téléphone, nom de l'hôtel, etc.)

Quel moyen de transport sera utilisé pour rentrer chez vous après la fin du programme ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autobus | <input type="checkbox"/> Avion |
| <input type="checkbox"/> Train | <input type="checkbox"/> Véhicule personnel |
| <input type="checkbox"/> Taxi/Transport médical | <input type="checkbox"/> Famille |

Quand le client quittera-t-il la communauté ?

Date : _____ Heure: _____

Si le client arrive en autobus, veuillez fournir les détails de la destination (Grand-Remous ou Maniwaki)

Ville: _____ Date: _____ Heure: _____

COORDONNATEUR DES TRANSPORTS

Prénom:

Nom:

Titre d'emploi :

Téléphone et/ou Cellulaire :

Fax:

Organisation:

Courriel:

Les frais de déplacement seront-ils couverts par la communauté ou l'organisation si le client ne termine pas le programme ?

- Oui
 Non

Commentaires ou conditions :

Ce formulaire doit être complété par la personne responsable des frais de voyage aller-retour du client. Le Centre Wanaki ne prend pas en charge les frais de déplacement.

Je, _____ (nom du client), accepte de payer tous les frais de déplacement engagés si je suis libéré ou si je pars volontairement.

Signature du coordonnateur du transport/Autre

Date JJ/MM/AAAA



CONFIDENTIEL