



## 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 AU PROGRAMME VIRTUEL DE 4 SEMAINES Mise à jour février 2022

Cette demande d'admission contient quatre (4) sections :

- Section 1:** Consentement éclairé
- Section 2:** Admission du Client – Information générale
- Section 3:** Section à compléter par le client
- Section 4:** Évaluation médicale

- ÉTAPE 1:** Le Wanaki Centre doit recevoir les sections 1 à 4 entièrement terminées avant que nous puissions procéder à l'évaluation clinique. On recommande fortement à tous les clients d'avoir un référent pour vous supporter.
- ÉTAPE 2:** Le Centre complètera une évaluation clinique dans un délai de 7 jours ouvrables. La décision d'admission de la demande du client sera fournie par écrit au référent et au client.
- ÉTAPE 3:** Une fois que la décision d'admission est reçue, le client et le référent devront signer et retourner le formulaire par courriel ou télécopieur dans un délai de 7 jours pour confirmer l'admission du client au programme virtuel.
- ÉTAPE 4:** Une fois que le Centre Wanaki aura reçu le formulaire de décision d'admission signé par le client et le travailleur référent, une rencontre de précontact Zoom sera planifiée avec le client avant le début du programme afin de fournir des renseignements supplémentaires.

#### Il y a quatre (4) principes à suivre :

- Respect de soi et des autres
- Honnêteté avec vous-même et les autres
- Volonté d'écouter et d'apprendre
- Ouverture à partager

Toutes les demandes envoyées au Centre Wanaki sont valables pour une durée de trois (3) mois. Si une demande dépasse trois (3) mois, une nouvelle demande devra être soumise.

#### Vous êtes responsable de travailler au mieux de vos capacités sur vos quatre (4) aspects:

- Physique (marche, exercice)
- Mental (être attentif pendant les ateliers, lire, apprendre des autres)
- Spirituel (purification, prière, méditation, offrande de tabac)
- Émotionnel (écrire dans votre journal, partager en 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 PNLAADA reconnu avec plusieurs années d'expérience spécialisée dans diverses approches d'intervention. Nous apprécions notre relation avec nos clients et croyons qu'une telle relation est le phare du processus de guérison.

Nous croyons que chaque individu est unique et a sa propre façon d'aborder les problèmes de la vie. Ainsi, nous croyons en un modèle de bien-être holistique qui aide nos clients à s'autonomiser en se concentrant sur ce qui fonctionne pour eux et non dans une approche systématique qui fournit une procédure générique sur le travail du processus de guérison. 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 ce à quoi s'attendre pendant le programme et sur les objectifs projetés à atteindre.
2. Le client peut cesser de poursuivre le programme à tout moment, sans aucun empêchement et peut présenter une nouvelle demande pour rejoindre un futur cycle du Centre Wanaki.
3. L'équipe clinique a le droit de renvoyer le client du programme.
4. Le client a le droit de consulter ses dossiers contenus dans le dossier client.
5. Droit à la confidentialité : Dans les limites prévues par la loi, tous les dossiers et informations acquis par le Centre Wanaki/conseiller seront tenus strictement confidentiels conformément aux principes d'une relation conseiller/client. Toutes les informations ne seront pas partagées ou révélées à toute personne extérieure de l'équipe clinique, à toute agence ou organisation sans le consentement écrit préalable du client.
6. Le client peut faire part de ses préoccupations et en parler immédiatement ou à tout autre moment au Chef d'équipe du programme virtuel ou au conseiller, à condition que le conseiller soit disponible.

**Je \_\_\_\_\_, déclare avoir pris connaissance de toutes les informations y compris mes responsabilités. Je comprends que si je ne respecte pas les principes et les 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 effectuerai mes tâches de travail.**

\_\_\_\_\_  
Signature du client

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du référent

\_\_\_\_\_  
Date



## SECTION 2: A. ADMISSION DU CLIENT – INFORMATION GÉNÉRALE

Date de réception de la demande par le travailleur communautaire		Date de réception de la demande par le centre de traitement	
*Nom:	*Prénom:	Courriel:	
*Date de naissance:	Âge:	*Genre:	Le numéro de carte d'assurance-maladie provinciale(inclure une copie):
Adresse:			Téléphone:
Langue parlée:	Langue préférée:	Langue comprise:	
Nom de la personne en cas d'urgence:		Téléphone:	Relation:
Statut indien (inclure une copie):	Numéro:	Nom de la communauté:	
Éducation:	Niveau d'alphabétisation:	Statut d'emploi:	
<b>Famille/Relations</b>			
État civil:			
Le client a-t-il des enfants à charge?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, ont-ils accès à des services de garde adéquats pendant leur programme?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable	
Les enfants sont-ils pris en charge?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable	
Le client a-t-il d'autres personnes à charge?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Fournir des renseignements sur les enfants du client ou d'autres personnes à charge:			
<b>Nom</b>		<b>Âge</b>	<b>Relation</b>
Soutiens familiaux:			
Forces de la famille:			



**SITUATION JURIDIQUE**

\*Le client a-t-il reçu une ordonnance du tribunal pour suivre un programme?

- Oui  
 Non

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

Implication du système judiciaire:

- Tribunal pénal  
 Tribunal de la famille  
 Tribunal de traitement de la toxicomanie  
 Mise en liberté surveillée  
 Charges judiciaires en attente  
 Référé par la court  
 Justice réparatrice

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

- Libéré sous caution  
 Liberté conditionnelle  
 Ordonnance d'absence temporaire

Autres (précisez les détails, les dates, etc.):

**Antécédents**

Le client a-t-il participé à un programme de lutte contre la toxicomanie 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?

- Oui  
 Non

Si oui, veuillez fournir des informations sur l'expérience antérieure du traitement :

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	

Raison(s) pour laquelle vous demandez actuellement de rejoindre un programme :



## B. SYMPTÔMES DE SEVRAGE

Le client a-t-il ressenti l'un des symptômes suivants pendant le sevrage de substances au cours des 12 derniers mois ?

Symptôme		Description
Évanouissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Hallucinations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Nausées/Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Tremblements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Delirium Tremens (DT)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Déjà vécu des DT?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

## C. 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		Description
Jeux d'argent (machine à sous, cartes, Keno, bingo, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Alimentation (obésité., anorexie, boulimie, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Sexe (promiscuité, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Internet/SMS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	



## D. SANTÉ MENTALE

Fournissez les informations suivantes sur l'état de santé du client au cours des 12 derniers mois :

Maladie mentale		Description
A reçu un diagnostic de maladie mentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
En cours de traitement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Actuellement sous traitement psychiatrique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Prends régulièrement des médicaments	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
*Tentatives/idées de suicide antérieures	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Si oui, quand?		
Autre information importante:		
*Hospitalisé pour tentative de suicide	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Si oui, quand?		
*Actuellement suicidaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'est pas applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Nom du psychiatre/psychologue (le cas échéant):		



<b>E. AUTRE</b>	
Le client a-t-il des croyances et des pratiques culturelles et/ou spirituelles dont nous devons être conscients ? Si oui, veuillez décrire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le client a-t-il des besoins ou des problèmes d'alphabétisation ou d'apprentissage dont nous devons être conscients ? Si oui, veuillez décrire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Y a-t-il d'autres problèmes importants dont nous devons être conscients ? Si oui, veuillez décrire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le client comprend-il qu'il s'attend à ce qu'il ait terminé au moins deux séances de préparatoire de counseling avant de présenter une demande au programme virtuel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le client comprend-il qu'il s'attend à ce qu'il n'ait pas consommé d'alcool ni de drogue pendant au moins 7 jours avant son admission (ou 14 jours s'il se retire des benzodiazépines). (Le client avec moins que les jours requis doit aviser le Centre Wanaki avant l'admission).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Forces personnelles:	

<b>AUTORISATION DU CLIENT</b>	
J'autorise la documentation de cette demande d'être entrée dans le système de gestion des informations sur les dépendances (AMIS). Je comprends et j'accepte le programme de traitement tel que décrit par le Centre Wanaki.	
<b>Signature du client</b>	<b>Date</b>
<b>Signature du référant</b>	<b>Date</b>



INFORMATION DU RÉFÉRENT				
Nom du référent :			Courriel :	
Téléphone :			Titre de poste :	
Le client a-t-il terminé deux rendez-vous de préprogramme?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Veuillez indiquer les dates de rendez-vous :	Date 1:	Date 2:	Date 3:	Date 4:
Continuerez-vous à voir le client une fois qu'il aura terminé son programme?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Quels autres soutiens seraient disponibles pour votre client dans sa communauté à la fin du traitement ?	
Nom/Ressource	Description du support
Veuillez fournir/joindre un bref résumé d'évaluation (les résumés d'évaluation remplis dans les 6 semaines suivant cette demande peuvent être remplacés et joints) comprenant un résumé de tous les processus d'évaluation effectués avec le client (par exemple, SASSI, MAST, DAST, etc.) qui soutiennent la demande au programme et évaluer comment les dépendances ont affecté votre client dans tous les domaines (par exemple domestique, médical, scolaire, psychologique, spirituel, émotionnel).	

ÉTAPES DE PRÉPARATION DU CLIENT		
<input type="checkbox"/> Précontemplation - Ne pas considérer le changement; résistant au changement <input type="checkbox"/> Contemplation - incertain de changer ou non; indécision chronique <input type="checkbox"/> Détermination - Préparation; engagé à changer de comportement dans un délai d'un mois <input type="checkbox"/> Action - commencer à changer de comportement <input type="checkbox"/> Maintien - Le changement de comportement a persisté pendant 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 traités dans le programme ? (Ex. abandon, pensionnats, colère, chagrin, perte, compétences parentales, abus sexuel, rejet, finances, spiritualité, suicide, santé mentale, jeu et autres dépendances, etc.) :		
Évaluation par le référent des forces et des défis potentiels du client pour terminer le programme:		
<b>Liste du référent</b>		
Veuillez parapher les éléments applicables qui ont été complétés. Cochez tous les éléments joints à cette demande :		
Sujet	Joint	Initiales
Évaluations psychiatriques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ordonnance de probation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Forum d'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 toxicomanie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Veuillez parapher chaque élément qui a été complété :		
Sujet		Initiales
Tous les rendez-vous médicaux, dentaires et optiques ont été traités avant le traitement		
Toutes les questions financières ont été traitées avant le traitement		
Toutes les questions juridiques ont été traitées avant le traitement		
Signature du référent:	Date (J/M/A)	





**SECTION 3: À REMPLIR PAR LE CLIENT**

**MOTIVATION**

Êtes-vous prêt à travailler dans une structure de groupe virtuel?

---

Avez-vous des difficultés à suivre les règlements?

---

**ATTENTES**

Parfois, les gens ont des sentiments mitigés/confus à propos de suivre un programme de guérison, comment vous sentez-vous ?

---

Dans quels domaines nous voyez-vous vous aider (c'est-à-dire émotionnel, mental, spirituel et physique) ?

---

Quelles attentes avez-vous de vous-même (c.-à-d. engagement, apprentissage) ?

---

**VEUILLEZ NOUS DIRE DANS VOS MOTS POURQUOI VOUS ÊTES MOTIVÉ À PARTICIPER AU PROGRAMME VIRTUEL DU CENTRE WANAKI**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## **ÉDUCATION**

Dernière année complétée ? \_\_\_\_\_

Où?  Publique hors Réserve  publique sur Réserve  École résidentielle

Tout autre cours d'éducation ou de formation ? \_\_\_\_\_

Niveau de lecture:  Excellent  Bon  Médiocre

Niveau d'écriture:  Excellent  Bon  Médiocre

### **CONSOMMATION**

Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à consommer des substances ?

Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à avoir de graves problèmes de toxicomanie ?

En moyenne, à quelle fréquence consommez-vous des substances ?

Tous les jours  Week-ends  Quelques jours par semaine  1 à 2 jours par mois  
 Sobre depuis:

Quel(s) type(s) de substances abusez-vous ?

**Alcool:**  Bière  Spiritueux  Vin Autre:

Cocaïne  Héroïne  Marijuana  Speed  Ecstasy  P.C.P.  
 Acide  Mescaline  Crystal Meth  Solvants/Inhalants  
 **Autre (veuillez préciser):**

**Médicaments d'ordonnance:**  OUI  NON **Spécifier:**

Pourquoi consommez-vous des substances ?

## **CULTURE ET SPIRITUALITÉ**

Quelles croyances spirituelles/religieuses suivez-vous ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous intéressé à apprendre les enseignements culturels et spirituels génériques des Premières Nations algonquines?

OUI  NON

## **SITUATION FINANCIÈRE**

Quelle a été votre principale source de revenus au cours des six derniers mois?

Travail  Parents  Assurance-emploi  
 Conjoint  Aide sociale  Pension ou Assurance

Autre (veuillez spécifier): \_\_\_\_\_

**\*\*\* Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez utiliser une autre feuille \*\*\***



## SECTION 4: ÉVALUATION MÉDICALE

Nom du client:	Prénom:	
Nom du Médecin/Infirmière:	Prénom:	
Tél.(ext):	Courriel:	
Adresse:		
Ville:	Province:	Code postal:

Votre client a-t-il des problèmes de santé chroniques que nous devrions connaître pendant sont programme virtuel au Wanaki?  OUI  NON (Si oui, veuillez préciser)

---

Votre client souffre-t-il actuellement d'un problème de santé instable ?  OUI  NON (Si oui, veuillez préciser)

---

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

Nom du médicament	Raison	Effet psychoactif

**Les clients qui suivent un programme virtuel doivent être aussi exempts que possible de tout médicament prescrit susceptible de modifier le comportement de votre client. (par exemple, niveau de concentration, fatigue, appétit, humeur, etc.)**

Votre client a besoin d'un suivi médical régulier ?  OUI  NON Si oui, veuillez expliquer: \_\_\_\_\_

Votre client a-t-il déjà souffert d'une maladie psychiatrique que nous devrions connaître lors de son séjour au Wanaki ?  OUI  NON Si oui, veuillez expliquer: \_\_\_\_\_

Proposez-vous des examens médicaux, des tests ou des investigations supplémentaires avant l'admission du client au Wanaki ?

OUI  NON \_\_\_\_\_

À votre avis, votre client a-t-il besoin d'une désintoxication avant d'entrer dans le programme virtuel Wanaki ?

OUI  NON

J'ai examiné \_\_\_\_\_ et je trouve qu'il/elle est apte à participer au programme virtuel du Centre Wanaki.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin ou de l'infirmière autorisée

\_\_\_\_\_  
Date

Étampe de vérification du Médecin/Infirmière

