



## 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.wanakicenter.com

ADMISSIONS: ext 4227

☎ 819-449-2007

✉ admissions@wanakicentre.com

### DEMANDE D'ADMISSION PROGRAMME VIRTUEL DE QUATRE SEMAINES Mis à jour Septembre 2022

Ce formulaire d'admission contient quatre (4) sections:

**Section 1:** Consentement éclairé

**Section 2:** Admission client – Informations générales

**Section 3:** A remplir par le client

**Section 4:** Évaluation Médicale

- ❑ **ÉTAPE 1:** Le Centre Wanaki doit recevoir les sections 1 à 4 dûment remplies avant que nous puissions procéder à notre évaluation clinique. Nous recommandons fortement à tous les candidats d'avoir un référent pour le soutien.
- ❑ **ÉTAPE 2:** Le Centre procédera à 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 de programme virtuel.
- ❑ **ÉTAPE 4:** Une fois que le Centre Wanaki a reçu le formulaire de décision d'admission signé par le client et l'agent de référence, une réunion de pré-contact Zoom ou téléphonique sera planifiée avec le client avant le début du programme pour fournir des informations supplémentaires. La boîte de bienvenue contenant le matériel sera envoyée par la poste une fois le pré-contact terminé

#### Il y a 4 principes à suivre:

- Respect de soi et des autres
- Honnêteté avec soi-même et les autres
- Volonté d'écouter et d'apprendre
- Ouverture au partage

Toutes les applications envoyées au Centre Wanaki peuvent ou seront différées d'un programme une seule fois. Si une candidature dépasse ce délai, une nouvelle application devra être déposée.

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

- Physique (marche, exercice)
- Mental (faire attention pendant les ateliers, lire, apprendre des autres)
- Spirituel (purification, prière, méditation, offrande 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 des agents PNLAADA avec des années d'expérience spécialisée dans divers domaines de conseil. Nous apprécions notre relation avec nos clients et croyons qu'une telle relation est la ligne directrice dans le processus de guérison.

Nous croyons que chaque individu 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 ce à quoi s'attendre pendant et sur le résultat final du programme de bien-être.
2. Le client peut refuser de poursuivre le programme quant aux techniques qui peuvent être menées par l'équipe clinique.
3. Le client peut cesser de poursuivre le programme de bien-être à tout moment.
4. L'équipe clinique a le droit de renvoyer le client du programme.
5. Droit à la confidentialité : Dans les limites prévues par la loi, tous les dossiers et informations acquis par le conseiller seront tenus strictement 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.
6. Le client peut faire part de ses préoccupations et en parler immédiatement avec le conseiller à condition que le conseiller soit également disponible pour discuter des questions avec le client

### Consentement du contact d'urgence

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

Contact d'urgence #1	Contact d'urgence #2
Nom:	Nom:
Téléphone:	Téléphone:
Relation:	Relation:

Je \_\_\_\_\_, déclare avoir lu toutes les informations, y compris mes responsabilités. Je comprends que si je ne respecte pas les principes et responsabilités énoncés, on pourrait me demander de quitter le programme. J'accepte que si je suis accepté dans le programme, je participerai pleinement au quotidien et terminerai les affectations de travail.

\_\_\_\_\_  
Signature du Client

\_\_\_\_\_  
Date (J/M/A)

\_\_\_\_\_  
Signature du référant

\_\_\_\_\_  
Date (J/M/A)



## SECTION 2: ADMISSION CLIENT – INFORMATIONS GÉNÉRALES

**\*\* Veuillez inclure une copie de votre carte d'assurance maladie et de la carte de statut de Première nation ou de l'enregistrement des Inuit**

*Prénom:		*Nom:			
Courriel:					
*Date de naissance JJ/MM/AAAA:	Âge:	*Sexe (identifier en tant que):	Téléphone:	Cellulaire:	
*Adresse (Ajouter une boîte postale si nécessaire)			Ville:	Province:	Code postale:
Langage parlé:		Langage préféré:		Langage compris:	
Communauté:		Nation:		Numéro de statut de Première Nation / Enregistrement inuit:	
<b>ÉDUCATION</b>					
Dernière année terminée? _____		Où?		Niveau de lecture:	
<input type="checkbox"/> École élémentaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Collège/Cégep <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"/> Pensionnat		<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Médiocre	
				Niveau d'écriture:	
				<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Médiocre	
<b>SITUATION FINANCIÈRE</b>					
Statut d'emploi / Situation financière:		Quelle a été votre principale source de revenu au cours des six derniers mois?			
		<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Aide sociale <input type="checkbox"/> Assurance-emploi <input type="checkbox"/> Pension ou assurance <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____			
<b>FAMILLE / RELATIONS</b>					
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 le programme?	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf/ve <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"/> Non applicable	
				Les enfants sont-ils pris en charge?	
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable	
				Le client a-t-il d'autres personnes à charge?	
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Fournir des informations sur les enfants du client ou d'autres personnes à charge:					
Nom		Âge		Relations	
Support familial:			Forces Familial:		



STATUT LÉGAL				
Le client a-t-il reçu l'ordre du tribunal de participer au programme? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, fournir des détails (inclure les détails/copie de l'ordonnance de probation, le cas échéant et/ou disponible)		Le client est-il sous l'une des conditions légales suivantes? <input type="checkbox"/> Caution <input type="checkbox"/> Libération conditionnelle <input type="checkbox"/> Ordonnance d'absence temporaire		
Implication du système juridique: <input type="checkbox"/> Tribunal pénal <input type="checkbox"/> Tribunal de la famille <input type="checkbox"/> Tribunal de traitement de la toxicomanie <input type="checkbox"/> Mise en liberté surveillée		Autre (fournir des détails, des dates, etc.):		
<input type="checkbox"/> Ordonnance du tribunal <input type="checkbox"/> Justice réparatrice <input type="checkbox"/> Libération avant procès <input type="checkbox"/> Condamnation avec sursis <input type="checkbox"/> Charges en attente				
ANTÉCÉDENTS				
Le client a-t-il participé à un programme de désintoxication non résidentiel / communautaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Le client a-t-il participé à un programme de santé mentale non résidentiel / communautaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Le client a-t-il déjà participé à un programme de traitement résidentiel/virtuel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien? _____
Si oui, veuillez fournir des informations sur l'expérience de traitements antérieures:				
Année	Centre de Traitement	Type d'Addiction	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?				
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? <input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Fin de semaine <input type="checkbox"/> Quelques jours semaine <input type="checkbox"/> 1-2 jours par mois				
De quel(s) type(s) de substance abusez-vous?				
Alcool: <input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Spiritueux <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Autre: _____		Drogues: <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> P.C.P <input type="checkbox"/> Speed <input type="checkbox"/> Acid <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Mescaline <input type="checkbox"/> Crystal Meth <input type="checkbox"/> Solvent/Inhalant <input type="checkbox"/> Opioïdes <input type="checkbox"/> Autre: _____		
Abus des médicaments sur ordonnance: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez:		Sobre depuis (si applicable):		
Pourquoi pensez-vous consommer des substances?				



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?		
Symptômes		Description
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	
Déjà vécu 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		Description
Jeux d'argent (machine à sous, cartes, Keno, bingo, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Manger (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	
Téléphone portable/textos	<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 vidéos	<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 mentale 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"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	Si oui, veuillez expliquer:
Actuellement sous 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 antérieures/idéation	<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 (s'il y a lieu)
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"/> Yes <input type="checkbox"/> No	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
Points forts personnels:		



INFORMATION DU RÉFÉRENT				
Prénom:		Nom:		
Titre d'emploi:	Téléphone:		Cellulaire:	
Organisation:		Courriel:		
Adresse de l'organisation : (Ajouter une boîte postale si nécessaire)		Ville:	Province:	Code Postale:
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:
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 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.).				
<b>ÉTAPE DE PRÉPARATION DU CLIENT</b>				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pré contemplation - Ne pas envisager le changement ; résistant au changement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contemplation - Incertain de changer ou non, indécision chronique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Détermination - Préparation ; engagé à changer de comportement dans un délai d'un mois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Action - Commencer à changer de comportement <input type="checkbox"/> <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 abordés dans le programme ? (Par exemple, abandon, pensionnats, colère, chagrin, perte, compétences parentales, abus sexuel, rejet, finances, spiritualité, suicide, santé mentale, jeu et autres dépendances, etc.):				
Évaluation du référent des forces du client et des défis potentiels pour terminer le programme:				



CHECK-LIST DU RÉFÉRENT		
Veuillez initialiser les éléments applicables qui ont été remplis. Cochez tous les éléments joints à cette demande :		
Éléments	Joint	Initiales
Évaluation psychiatrique	<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 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		
VÉRIFICATION DE L'ÉQUIPEMENT OBLIGATOIRE		
Le client dispose-t-il d'un appareil approprié avec une caméra et un microphone pour participer au programme ? (Par exemple, Smartphone, tablette, ordinateur portable, ordinateur, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si vous avez répondu non, êtes-vous en mesure de fournir à votre client un appareil ou un emplacement avec un appareil afin de participer au programme?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si vous avez répondu non, Le Wanaki offre la location de tablettes avec données pour les clients qui en ont besoin pendant toute la durée du programme. Votre client a besoin d'une tablette du centre Wanaki?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Veillez noter que lorsque vous nous demandez une location de tablette, vous devenez automatiquement responsable de la tablette fournie à votre client et un contrat à signer vous sera envoyé.</b>		
SIGNATURE		
Signature du référent	Date (J/M/A)	







## SECTION 4: ÉVALUATION MÉDICALE

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN/INFIRMIÈRE			
Prénom:		Nom:	
Titre d'emploi:	Téléphone:	Cellulaire:	
Organisation:		Courriel:	
Adresse de l'organisation : (Ajouter une boîte postale si nécessaire)		Ville:	Province: Code postale:
Prénom du client:		Nom du client:	

Votre client a-t-il des problèmes de santé chroniques dont nous devrions être informés pendant son traitement au Wanaki?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez préciser:
Votre client souffre-t-il actuellement d'une condition médicale instable?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez préciser:
Votre client prend-il des médicaments prescrits en ce moment ? (Si oui, veuillez préciser le nom, la posologie, la durée et toute recommandation particulière d'utilisation ou joindre la liste des pharmacies)		
Nom de la médication	Raison	Effet psychoactif
Votre client a-t-il besoin d'un suivi régulier?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez expliquer:
Suggérez-vous des examens médicaux, des tests ou des investigations supplémentaires avant l'admission du client au Wanaki?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez expliquer:
À votre avis, votre client a-t-il besoin d'une désintoxication pour toxicomanie avant d'entrer dans le programme virtuel Wanaki?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez expliquer:

J'ai examiné \_\_\_\_\_ et trouvez-le client apte à participer au programme virtuel du Centre Wanaki.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin ou infirmière

\_\_\_\_\_  
Date (J/M/A)

Tampon de vérification du médecin ou de l'infirmier

