

Veuillez lire les instructions au verso.
Renseignements confidentiels.

1. Date de naissance du patient <small>aaaa mm jj</small>	Initiales du patient	2. Date de délivrance <small>aaaa mm jj</small>	Nom du médecin qui a délivré l'OTMC
Nom et adresse de l'organisation/organisme			

3. Catégorie de service du patient et du médecin au moment de la délivrance de l'OTMC : *(Ne cochez qu'un seul élément.)*

<input type="checkbox"/> Service psychiatrique aux patients hospitalisés	<input type="checkbox"/> Consultations externes – service psychiatrique/santé mentale	<input type="checkbox"/> Traitement intensif en milieu communautaire
<input type="checkbox"/> Cabinet de médecin	<input type="checkbox"/> Programme communautaire de santé mentale (précisez) _____	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____		

4. Consentement accordé par le client/patient une personne autorisée à prendre des décisions au nom d'autrui

5. OTMC 1^{re} délivrance Renouvellement Délivrance ultérieure

S'il y a plus d'une OTMC, précisez le nombre total d'OTMC que le patient a reçues (y compris celle-ci) _____

6. Sexe Masculin Féminin

7. Nombre d'admissions en établissement psychiatrique au cours des six derniers mois _____ admissions

8. Services reçus par le patient au cours des six derniers mois *(cochez tous les services pertinents)*

<input type="checkbox"/> Services psychiatriques aux patients hospitalisés	<input type="checkbox"/> Consultations externes – service psychiatrique/santé mentale	<input type="checkbox"/> Gestion de la médication/clinique
<input type="checkbox"/> Intervention en cas de crise	<input type="checkbox"/> Traitement intensif en milieu communautaire	<input type="checkbox"/> Traitement de la toxicomanie
<input type="checkbox"/> Psychiatre du secteur privé	<input type="checkbox"/> Logement supervisé	<input type="checkbox"/> Soins médicaux non psychiatriques
<input type="checkbox"/> Programme communautaire de santé mentale (précisez) _____	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Salle d'urgence
<input type="checkbox"/> Aucun		
<input type="checkbox"/> Autre(s) service(s) (précisez) _____		

9. Services à inclure dans cette OTMC *(cochez tous les services pertinents)*

<input type="checkbox"/> Consultations externes – service psychiatrique/santé mentale	<input type="checkbox"/> Intervention en cas de crise	<input type="checkbox"/> Gestion de la médication/clinique
<input type="checkbox"/> Traitement intensif en milieu communautaire	<input type="checkbox"/> Gestion de cas	<input type="checkbox"/> Logement supervisé
<input type="checkbox"/> Traitement de la toxicomanie	<input type="checkbox"/> Psychiatre du secteur privé	<input type="checkbox"/> Soins médicaux non psychiatriques
<input type="checkbox"/> Programme communautaire de santé mentale (précisez) _____		
<input type="checkbox"/> Autre(s) service(s) (précisez) _____		

10. Rapports du patient avec la justice au cours des six derniers mois *(cochez tous les éléments pertinents)*

<input type="checkbox"/> Appréhension aux termes de la Loi sur la santé mentale	<input type="checkbox"/> Arrestation	<input type="checkbox"/> Incarcération
<input type="checkbox"/> Probation et/ou libération conditionnelle	<input type="checkbox"/> Victime d'un crime	<input type="checkbox"/> Règlement hors tribunal
<input type="checkbox"/> Aucun rapport avec la justice		
<input type="checkbox"/> Autre rapport avec la justice (précisez) _____		

11. Diagnostics psychiatriques : *(cochez tous les éléments pertinents)*

<input type="checkbox"/> Schizophrénie	<input type="checkbox"/> Trouble schizo-affectif	<input type="checkbox"/> Trouble bipolaire
<input type="checkbox"/> Autre trouble psychotique	<input type="checkbox"/> Trouble lié à la toxicomanie/à l'alcoolisme	<input type="checkbox"/> Dépression
<input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/> Trouble du développement	
<input type="checkbox"/> Autre(s) trouble(s) (précisez) _____		

12. (a) Cohabitation : *(cochez tous les éléments pertinents)*

<input type="checkbox"/> conjoint/partenaire	<input type="checkbox"/> parent(s)	<input type="checkbox"/> enfant(s)	<input type="checkbox"/> autre membre de la famille
<input type="checkbox"/> personne(s) autre que la famille	<input type="checkbox"/> habite seul(e)	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	

(b) Type de logement *(ne cochez qu'une réponse)*

<input type="checkbox"/> Maison privée/copropriété	<input type="checkbox"/> Loyer économique (appart. ou maison)	<input type="checkbox"/> Logement subventionné à usage locatif	<input type="checkbox"/> Gîte et couvert
<input type="checkbox"/> Foyer de soins spéciaux	<input type="checkbox"/> Foyer agréé	<input type="checkbox"/> Maison de retraite/foyer pour personnes âgées	<input type="checkbox"/> Centre pour itinérants/refuge
<input type="checkbox"/> Établissement de correction/probation	<input type="checkbox"/> Autre centre institutionnel sans adresse fixe	<input type="checkbox"/> Sans abri/sans domicile fixe	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<input type="checkbox"/> Autre logement (précisez) _____			

Nom de la personne qui a rempli cette formule	Date	Numéro de téléphone ()
---	------	----------------------------

Veuillez détacher cet avis et le remettre à la patiente ou au patient ou au mandataire spécial qui a accordé son consentement sur l'OTMC.

AVIS DE COLLECTE DE DONNÉES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Aux termes de la nouvelle loi sur la santé mentale (projet de loi 68), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit établir un processus d'examen des ordonnances de traitement en milieu communautaire (OTMC). Le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario autorise le ministère à recueillir des renseignements sur les patients indirectement auprès des médecins qui délivrent ou renouvellent une OTMC ou qui délivrent une OTMC ultérieure. Ces renseignements seront recueillis sous le couvert de l'anonymat et serviront exclusivement à préparer et à effectuer des examens d'OTMC conformément à l'article 33.9 du projet de loi 68.

Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet de cette collecte de renseignements ou que vous avez besoin de précisions, veuillez communiquer avec le chef de l'Unité des normes de suivi et de l'évaluation, Direction du soutien opérationnel, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 5700, rue Yonge, mezzanine, Toronto ON M2M 4K5; téléphone : (416) 327-7350.

Instructions:

1. La Formule de renseignements sur les OTMC a été élaborée pour faciliter l'observation de l'exigence du projet de loi 68, aux termes duquel les OTMC doivent être examinées.
2. Il incombe au médecin de remplir la Formule de renseignements sur les OTMC au moment de la délivrance, du renouvellement ou de la délivrance ultérieure d'une OTMC, pour toutes les OTMC délivrées, renouvelées ou délivrées ultérieurement.
3. Les Définitions des données et directives pour remplir la Formule de renseignements sur les OTMC sont fournies aux fins de consultation. Veuillez vous y référer pour remplir la formule.
4. La Formule de renseignements sur les OTMC est plus facile à remplir au moment de la délivrance, du renouvellement ou de la délivrance ultérieure d'une OTMC et de la préparation de la formule 45.
5. Une fois remplie, la Formule de renseignements sur les OTMC doit être transmise à l'Adjoint administratif, Projet d'information sur les OTMC, Direction des finances et de la gestion de l'information, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 5700, rue Yonge, 4^e étage Toronto ON M2M 4K5.
6. Si vous avez des questions ou que vous désirez obtenir plus de précisions sur la Formule de renseignements sur les OTMC, veuillez communiquer avec : l'Adjoint administratif, Projet d'information sur les OTMC, Direction des finances et de la gestion de l'information, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 5700, rue Yonge, 4^e étage, Toronto ON M2M 4K5. Tél : (416) 327-9184.

Définitions des renseignements et directives concernant la Formule de renseignements sur les OTMC

No de la rubrique et élément d'information	Définitions des renseignements	Choix possibles	Justification de la collecte des renseignements
1. Date de naissance	Date de naissance de la personne qui obtient l'OTMC.	Format de la date (aaaa/nn/jj)	Fournir des renseignements démographiques pour le contrôle de l'utilisation des OTMC selon l'âge.
Première et dernière initiales	Initiales du prénom et du nom de famille de la personne qui obtient l'OTMC.		Créer un code d'identité unique (avec la date de naissance) afin de relier les dossiers des personnes obtenant des OTMC multiples pour la surveillance de l'utilisation et des résultats de l'OTMC.
2. Date de délivrance	Date à laquelle le médecin a délivré l'OTMC.	Format de la date (aaaa/nn/jj)	Surveiller l'utilisation de chaque OTMC pour toute la période qu'elle vise lorsqu'il s'agit d'un renouvellement ou d'une délivrance ultérieure.
Nom et adresse au travail du médecin qui a délivré l'ordonnance	Nom du médecin qui délivre l'OTMC et adresse de l'organisation/organisme au sein duquel il travaille. L'adresse fournie devrait être celle où est conservé le dossier médical du client.		Fournir des renseignements sur l'utilisation des OTMC dans différentes régions, collectivités, etc.
3. Service où le patient reçoit l'OTMC	Catégorie de service du patient et du médecin au moment de la délivrance de l'OTMC.	Tel qu'il figure sur la formule. Ne cochez qu'un seul service. Si vous cochez « Autre », précisez le type de service.	Fournir les renseignements sur l'utilisation des OTMC dans les types de services desquels les OTMC proviennent.
4. Consentement accordé par	Qui a accordé son consentement à la délivrance de l'OTMC?	1. Le Patient 2. Une personne autorisée à prendre des décisions au nom d'autrui	Vérifier l'accord du consentement.
5. OMC	Renseignement indiquant si l'OTMC visée est la première à être délivrée pour ce patient, un renouvellement ou une délivrance ultérieure. Un renouvellement est la continuation d'une OTMC précédente. Une délivrance ultérieure est une OTMC qui n'est pas la première pour le patient mais qui est délivrée après qu'un certain temps (>1 mois) s'est écoulé sans OTMC.	1. 1 ^{re} délivrance 2. Renouvellement 3. Délivrance ultérieure	Surveiller l'utilisation des OTMC et la période pendant laquelle les patients en font l'objet.
Nombre total d'OTMC délivrées au patient	Nombre total, y compris la présente OTMC.	Le médecin doit répondre au meilleur de sa connaissance.	Surveiller l'utilisation des OTMC et la période pendant laquelle les patients en font l'objet.
6. Sexe	Sexe du patient.	1. Masculin 2. Féminin	Fournir des renseignements démographiques pour la surveillance de l'utilisation des OTMC selon le sexe.
7. N° d'admissions en établissement psychiatrique au cours des six derniers mois	Nombre total de fois où le patient a été admis dans un service psychiatrique au cours des six mois qui ont précédé la date de délivrance de la présente OTMC.	Inscrivez le nombre d'admissions en établissement psychiatrique au cours des six derniers mois.	Obtenir une idée générale des admissions en établissement psychiatrique au cours des six mois qui ont précédé l'OTMC et au cours de la période visée par chaque OTMC.
8. Services reçus au cours des six derniers mois	Services que le patient a reçus au cours des six mois qui se sont écoulés depuis la date de délivrance de la présente OTMC.	Cochez tous les éléments pertinents de la liste fournie dans la formule. Précisez le ou les autres services. Si vous n'avez pas les renseignements demandés, cochez « Ne sais pas ».	Obtenir une idée générale des services reçus au cours des six mois qui ont précédé l'OTMC et au cours de la période visée par chaque OTMC.
9. Services à inclure dans la présente OTMC	Services à inclure dans le plan de traitement de la présente OTMC.	Cochez tous les éléments pertinents de la liste fournie dans la formule. Précisez tout autre service.	Surveiller l'éventail de services compris dans les plans de traitement des OTMC.
10. Rapports avec la justice	Rapports du patient avec l'appareil judiciaire au cours des six derniers mois.	Cochez tous les éléments pertinents de la liste fournie dans la formule. Si vous n'avez pas les renseignements demandés, cochez « Ne sais pas ».	Obtenir une idée générale des rapports avec la justice au cours des six mois qui ont précédé l'OTMC et pendant la période visée par chaque OTMC.
11. Diagnostics psychiatriques	Catégories de troubles mentaux diagnostiqués chez le patient par un professionnel de la santé reconnu.	Cochez tous les éléments pertinents de la liste fournie dans la formule. Précisez tout autre trouble.	Obtenir des renseignements cliniques descriptifs sur les clients/patients faisant l'objet d'une OTMC.
12. (a) Cohabitation (b) Type de logement	Personne avec laquelle le patient habite normalement, le cas échéant. Le type de logement <i>habituel</i> du patient.	Cochez tous les éléments pertinents de la liste fournie dans la formule. Ne cochez qu' <u>un</u> seul des éléments de la liste fournie dans la formule.	Fournir des renseignements démographiques pour la surveillance de l'utilisation des OTMC selon le mode de vie.
Nom et numéro de tél. de la personne qui a rempli la formule et date	Coordonnées de la personne qui a rempli la formule. C'est généralement le médecin mais ce pourrait aussi être un une personne déléguée à cette fin.		Avoir les coordonnées nécessaires au cas où des questions sur les renseignements fournis dans la formule se poseraient.