



FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE – REFERRAL FORM

Les pairs-aidants qui travaillent au sein du RTP ont suivi une formation qui leur permet d'utiliser leurs expériences vécues pour informer et aider des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ceci s'effectue en collaboration avec des professionnels de la santé. À travers des ateliers éducatifs, ainsi que des séances individuelles, le programme offre aux patients ainsi qu'aux membres de leurs familles des outils pour faciliter le retour à la santé. Le RTP est conçu pour fournir des services aux patients pendant la période de transition entre l'institutionnalisation et le retour dans la communauté.

RTP Mentors have been trained to use their lived experience to provide support and information to patients with mental health problems in collaboration with health care providers. Education and tools to promote continued recovery will be offered through individual support and workshops for patients and their families. The RTP is designed for the transitional phase from institutional care to the community.

Coordonnées – Patient Contact Information

JJ-DD / MM / AA-YY
Date

Langue(s) - Language(s)

Nom - Last Name

Prénom - First Name

JJ-DD / MM / AA-YY
Date de naissance - Date of Birth

Personne à contacter - Contact Person

Téléphone - Telephone

Courriel - Email

Équipe clinique – Clinical Team

Référé par - Referred by:

Nom - Name

Professionnel(s) de la santé impliqué(s) - Health care provider(s) involved in care:

Nom - Name

Téléphone - Telephone

Nom - Name

Téléphone - Telephone

Médecin - Physician

Téléphone - Telephone

Raison de la référence – Reason for referral

Pourquoi le patient croit-il / croit-elle que le mentorat pourrait lui être bénéfique?

Quels sont les objectifs du patient?

Why does the patient think he/she may benefit from mentorship? What are the patient's goals?

Quels sont les facteurs qui pourraient influencer le processus de mentorat (facteurs qui pourraient contribuer ou nuire à l'engagement du patient? Est-ce qu'il y a des sujets particulièrement sensibles?)

Factors that could influence mentorship process (i.e. what might help or hinder engagement? Are there specific areas of discomfort?)

Suggestions pour le jumelage avec un pair-aidant (âge, sexe etc.)

Suggestions for pairing with an RTP mentor (age, gender etc.):

Est-ce que les membres de la famille du patient ou de la patiente seraient intéressés à participer au volet de soutien et d'éducation de la famille disponible à travers le programme? Quels sont leurs besoins?

Would the patient's family members be interested in participating in the family support/education component of the program? What are the needs?

Autres commentaires:

Other comments:

Signature du patient - Patient signature

Pour soumettre le formulaire de référence et/ou pour plus d'informations, veuillez contacter:

To submit referral form and/or for more information, please contact:

Ronna Schwartz
ronna.schwartz@mcgill.ca
x34169

Ou / Or

Patricia Lucas
patricia.lucas@muhc.mcgill.ca
x34544

