

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 to support patients during transitions in treatment, or for the transition 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
Sexe - Gender: _____	

Service(s) demandé(s) SVP cochez – Service(s) requested, please check off boxes

- Mentorat par un(e) pair(e)-aidant(e) - One-on-one Peer Mentoring**
 Quels sont les facteurs qui pourraient influencer le processus de mentorat? Notez ici les points que vous considérez importants pour sélectionner un mentor pour cette personne (ex. sexe, age, diagnostique); *Factors that could influence the mentorship process? Please add any points that you think are important for pairing this person with a mentor (e.g. gender, age, diagnosis)*

- RAP - Plan d'action rétablissement - Recovery Action Plan Group**
 Un atelier de 6 semaines pour élaborer un plan de bien-être personnalisé. Pour les patients récemment sortis de l'hôpital, du TDP ou de l'hôpital de jour; *A 6-week workshop to map out a personalized wellness plan for patients recently discharged from hospital, TDP, or the Day Hospital*
- DIALOG - Groupe de dialogue sur la psychose; Psychosis Dialog Group**
 Groupe de dialogue sur la psychose. Une discussion hebdomadaire sur le vécu avec un désordre psychotique (tous les mardis 13:00- 14:00); *A weekly discussion group about living with a psychotic disorder (Tuesdays, 1 - 2 pm)*
- SMART - Groupe d'autogestion et rétablissement; Self-management and Recovery Training**
 Un atelier de 6 semaines pour souligner les expériences et pensées positifs. Pour les patients chroniques et post-aigus; *A 6-week workshop to reinforce positive experiences and thinking for chronic and post-acute patients*



ZINE - Atelier de publication du PTR; RTP Publication Workshop

Un équipe de patients qui produit une publication sur le rétablissement en santé mentale et les addictions (la poésie, de l'art, des articles)(les jeudis de 14:00 -15:30). *A team of patients that produces a publication about recovery from mental illness and addiction through poetry, art, articles (Thursdays, 2 - 3:30pm)*

Équipe clinique – Clinical Team

Référé par - Referred by:

Département - Department

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

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 in the RTP? What are the patient's goals?

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? *Would the patient's family members be interested in participating support/education activities?*

Autres commentaires; *Other comments:*

Signature du patient; *Patient's signature*

Signature du Professionnel de la santé impliqué; *Health care provider's signature*

Pour plus d'informations, veuillez contacter: *For more information, please contact the coordinator or facilitators at:*
patricia.lucas@muhc.mcgill.ca; OR rafael.charky@muhc.mcgill.ca; OR janet.stewart@muhc.mcgill.ca

**Veillez déposer le formulaire dûment rempli dans la boîte aux lettres sécurisée du Coordonnateur RTP dans la salle P2.036
Please return the referral form to the RTP Coordinator's locked mail box in room P2.036 (RTP Resource Centre)**