



Services aux victimes de traumatismes
crâniens du Nord de l'Ontario

DEMANDE DE SERVICE

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LA DEMANDE DE SERVICE ET PROCESSUS

Les formulaires incomplets pourraient être retournés et retarder le processus. Assurez-vous que les étapes suivantes sont terminées et que les documents sont remplis :

- Examiner les critères pour assurer l'admissibilité
- S'assurer que toutes les sections de la demande sont remplies
- Remplir et signer la section Renseignements financiers (demandeur ou personne responsable des décisions financières) (page 7)
- Signer la Demande de service (demandeur ou mandataire spécial) (page 8)
- Inclure tous les renseignements connexes pertinents qui appuient la demande et aident à établir les besoins ou, au minimum, les détails sur l'endroit où obtenir ces renseignements
- Lire, signer et retourner la Déclaration des droits avec la demande

Le coordonnateur à l'accueil effectuera une évaluation initiale de tous les demandeurs, réunira les renseignements connexes pertinents et présentera un profil du demandeur au Comité des admissions.

Le Comité des admissions examine la demande et formule une recommandation en ce qui concerne l'approbation du service. Les demandeurs dont la demande de service est approuvée sont avisés par la directrice générale, qui est la présidente du Comité des admissions.

Les services peuvent être refusés si le demandeur ne répond pas aux critères d'admissibilité. Les demandeurs dont la demande n'a pas été approuvée sont avisés par la présidente du Comité des admissions et recevront les détails concernant le processus d'appel qu'ils peuvent entreprendre.



BISNO

Brain Injury Services of
Northern Ontario

Services aux victimes de traumatismes
crâniens du Nord de l'Ontario

CRITÈRES D'ADMISSION

- Les services sont fournis aux personnes atteintes d'une lésion cérébrale acquise (dommage non progressif ou dégénératif au cerveau après la naissance) et qui pourraient aussi avoir des incapacités physiques nécessitant des services de soutien.
- Des preuves ou des attentes raisonnables existent que le demandeur constatera une amélioration sur le plan fonctionnel ou autrement sera en mesure de bénéficier des programmes et de l'environnement offerts par BISNO.
- Les personnes admises doivent être âgées de 16 ans et plus.
- Les personnes doivent accepter la recommandation et signer la Demande de service (ou la Demande de service doit être signée par le mandataire spécial désigné).
- La priorité sera accordée aux résidents qui sont géographiquement situés dans le nord de l'Ontario. Les districts inclus comprennent Kenora/Rainy River, Thunder Bay, Greenstone, Sudbury/Manitoulin, Algoma, Cochrane, Timiskaming et Nippissing.
- Les personnes qui demandent des services en résidence doivent avoir un environnement de congé désigné à l'avance (sauf l'aide à la vie autonome) et des arrangements financiers pour payer le loyer/signer le bail.
- Les personnes qui demandent ces services et qui bénéficient actuellement de services dans d'autres secteurs (p. ex. services de développement pouvant être définis comme une lésion cérébrale acquise avant l'âge de 18 ans) peuvent être considérées si ce secteur n'est pas en mesure de répondre à leurs besoins, au moyen de consultations et de formation supplémentaires.

DÉFINITION DE LÉSION CÉRÉBRALE ACQUISE*

Une lésion cérébrale acquise (LCA) est un dommage au cerveau qui survient après la naissance et qui est non lié à (voir l'annexe I) :

- une maladie congénitale;
- un trouble de développement;
- un processus qui endommage le cerveau progressivement.

Ce dommage peut être causé par (voir l'annexe II) :

- un traumatisme (p. ex. par une force externe : collision, chute, agression ou blessure sportive);
- un problème médical ou une maladie ayant causé des dommages au cerveau (processus interne ou pathologie).

Des facteurs, comme les suivants, seront utilisés dans le processus d'examen de la demande :

- stabilité/complexité médicale;
- potentiel de bénéficier des traitements ou ressources offerts;
- diagnostics primaires ou co-occurrents, qui pourraient nuire au processus de réadaptation ou à la prestation de services, dont problèmes psychiatriques, dépendance aux drogues/à l'alcool ou troubles de comportement.

ANNEXE I

Problèmes congénitaux et de développement : (non considérés comme une LCA)

Paralysie cérébrale
Autisme (trouble envahissant du développement)
Retard de développement
Syndrome de Down
Spina-bifida accompagné d'hydrocéphalie
Dystrophie musculaire

Processus progressif/maladie progressive : (non considérés comme une LCA)

Maladie d'Alzheimer
Maladie de Pick
Processus entraînant la démence
Sclérose latérale amyotrophique
Sclérose en plaques
Maladie de Parkinson et troubles similaires du mouvement

ANNEXE II

Causes non traumatiques :

Anoxie
Anévrisme et malformations vasculaires
Tumeurs cérébrales
Encéphalite
Méningite
Encéphalopathie métabolique
AVC avec déficiences cognitives (admissibilité au service peut dépendre des besoins/objectifs du client)

* Source : Toronto Acquired Brain Injury Network



DEMANDE DE SERVICE

SERVICES AUX VICTIMES DE TRAUMATISMES CRÂNIENS DU NORD DE L'ONTARIO
426, RUE BALMORAL
THUNDER BAY (ONTARIO) P7C 5G8
Téléphone : 807 623-1188 Télécopieur : 807 623-1201
Sans frais : 1 866 796-1188
Courriel : bisnor@bisno.org
Site Web : www.bisno.org

DEMANDE

Le demandeur est encouragé à remplir ce formulaire ou à y participer dans la mesure du possible. Ceci peut être fait avec l'aide d'un fournisseur de service et/ou d'une autre personne de son entourage. Toute documentation pour appuyer la demande et aider à l'établissement des besoins spécifiques sera grandement appréciée. Les formulaires incomplets pourraient être retournés et retarder le processus.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS					
Nom		Date de naissance : JJ-MM-AAAA		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse (avec n° d'app.)		Téléphone (maison)		Autre n° de téléphone	
Ville		Province	Code postal	Adresse de courriel	
Numéro de carte Santé					
Portez-vous un bracelet d'alerte médicale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Situation de famille		
Situation actuelle : <input type="checkbox"/> habite seul <input type="checkbox"/> habite avec d'autres (préciser) _____					
Logement : <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> foyer de groupe <input type="checkbox"/> immeuble d'appartements <input type="checkbox"/> logement avec services de soutien <input type="checkbox"/> maison de chambres <input type="checkbox"/> établissement de soins de longue durée <input type="checkbox"/> hôpital <input type="checkbox"/> autre					
Citoyenneté : <input type="checkbox"/> Canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Autre					
Résident de l'Ontario? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand? _____					
Langue parlée :			Interprète requis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Affiliation à un groupe des Premières nations			Numéro de statut auprès du ministère des Affaires indiennes		
RENSEIGNEMENTS SUR LA LÉSION CÉRÉBRALE					
Date de la lésion : JJ-MM-AAAA		Cause de la lésion (p. ex. anoxie, agression, accident d'automobile, chute, etc.)			
Médecin de famille			Hôpital d'urgence traitant		
Ville	Province	Code postal	Ville	Province	Code postal
Téléphone			Téléphone		
Avez-vous déjà eu un accident/des blessures? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si oui, précisez :					

RÉSEAU DE SOUTIEN PERSONNEL / PERSONNE-RESSOURCE EN CAS D'URGENCE			
Nom		Lien	
		Personne-ressource <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse (avec n° d'app.)			Téléphone (maison)
Ville	Province	Code postal	Téléphone (travail)

AGENT ORIENTEUR			
Nom		Lien	
		Personne-ressource <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse (avec n° d'app.)			Téléphone (maison)
Ville	Province	Code postal	Téléphone (travail)

PROGRAMME DEMANDÉ – Voir les descriptions de programme ci-jointes.			
<input type="checkbox"/> Services d'aide à la vie autonome			
Avez-vous un environnement désigné? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> Services/interventions communautaires <input type="checkbox"/> Thunder Bay <input type="checkbox"/> District			
<input type="checkbox"/> Financement de tierce partie (p. ex. CSPAAT/Assurance)			
<input type="checkbox"/> Groupes <input type="checkbox"/> Social/Loisirs <input type="checkbox"/> Soutien par les pairs <input type="checkbox"/> Autre _____			
<input type="checkbox"/> Éducation/Formation <input type="checkbox"/> Moi-même <input type="checkbox"/> Autre _____			

Veillez noter que les rapports médicaux, de soins auxiliaires, de réadaptation et professionnels sont exigés : neurochirurgie, neuropsychologie, orthophonie, physiothérapie, ergothérapie, travail social, psychologie, psychiatrie, sommaires de l'évaluation et du congé. Si vous avez des copies de ces rapports, veuillez les annexer à cette demande.

RAISON DE LA DEMANDE DE SERVICE
À titre personnel (Pourquoi faites-vous une demande auprès de BISNO?)
Agent orienteur (compléter les renseignements indiqués ci-dessus)

ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENTS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si vous avez répondu « oui », remplissez la section suivante.		
Programme/Établissement/Hôpital	Dates (JJ-MM-AAAA)	Personne-ressource et numéro de téléphone
Recevez-vous des services de réadaptation ou d'autres services, avez-vous demandé de tels services ou êtes-vous sur une liste d'attente pour en recevoir? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, précisez :		
Nom de la personne-ressource à l'organisme		Téléphone
Avez-vous participé à une évaluation neuropsychologique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, nom de l'évaluateur :		Téléphone

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui : Date de la dernière crise _____	Type _____	Sont-elles contrôlées?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Manuel <input type="checkbox"/> Motorisé
Transferts	<input type="checkbox"/> Autonomes	<input type="checkbox"/> Avec aide d'urgence	<input type="checkbox"/> Avec aide totale
Supervision ou aide avec les déplacements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, elle s'applique aux :	<input type="checkbox"/> surfaces planes	<input type="checkbox"/> escaliers	<input type="checkbox"/> aux deux
Troubles de la communication	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, expliquez :			

Problèmes cognitifs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, expliquez :			
Autres troubles physiques (allergies, diabète, troubles cardiaques, restrictions alimentaires, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, expliquez :			
Utilisez-vous des seringues à aiguille rétractable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Avez-vous déjà souffert de problèmes de comportement (troubles de l'humeur/du sommeil)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, expliquez :			
Avez-vous de la difficulté à vous maîtriser dans d'autres situations qui n'ont pas été mentionnées (colère, interactions sociales)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, expliquez :			

LISTE DES MÉDICAMENTS (Si vous avez besoin de plus d'espace, écrivez au verso de la page.)

Nom du médicament	Dose	Posologie

PSYCHIATRIE

Avez-vous reçu un diagnostic psychiatrique?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Date/Année du diagnostic : _____		
Nombre d'hospitalisations au cours des 2 dernières années : _____		
Décrivez votre santé mentale actuelle : _____		
Notes de consultation psychiatrique : <input type="checkbox"/> Incluses <input type="checkbox"/> À suivre <input type="checkbox"/> Non disponibles		

TOXICOMANIE / ASPECTS LÉGAUX

Antécédents de toxicomanie avant votre lésion :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Antécédents non disponibles
Antécédents de toxicomanie en ce moment :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Vous a-t-on recommandé un traitement?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Suivez-vous un traitement de toxicomanie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous un dossier criminel?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, expliquez :			

ÉDUCATION ET EMPLOI

Nom de la dernière école fréquentée	Adresse de l'école	
Niveau scolaire réussi	Année	
Nom du dernier employeur	Poste	Combien de temps y avez-vous travaillé?

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS – Si une subvention est demandée, la section suivante doit être remplie par le demandeur ou la personne responsable des questions financières.**Sources de revenu :**

- Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) Ontario au travail (OT)
 Sécurité de la vieillesse (SV) Régime de pensions du Canada (RPC)
 Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail (CSPAAT)
 Invalidité à long terme (privé)
 Nom de l'avocat : _____
 Cabinet : _____ Téléphone : _____
 Nom de l'expert en assurances : _____
 Compagnie : _____ Téléphone : _____
 Nom du gestionnaire de cas en réadaptation : _____
 Organisme : _____ Téléphone : _____
 Règlement d'assurance Règlement structuré Héritage Emploi à temps partiel
 Emploi à temps plein Biens générateurs de revenus – décrire : _____

Revenu mensuel : _____ Avez-vous un accès direct à votre revenu? Oui Non
Si non, veuillez fournir le nom et le numéro de téléphone du mandataire spécial/procureur et joindre les documents d'appui :

Prenez-vous vos propres décisions? Oui Non

Si non, veuillez fournir le nom et le numéro de téléphone du mandataire spécial/procureur et joindre les documents d'appui :

Je, soussigné/soussignée _____ certifie par les présentes que les renseignements indiqués ci-dessus sont exacts à ma connaissance.

**AUTORISATION DE PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS AU SEIN DE BISNO
ET AVEC D'AUTRES ORGANISMES**

Je, _____, confirme que j'ai rempli cette Demande de service
(Nom en caractères d'imprimerie)

ou que j'ai demandé qu'elle soit remplie pour moi. Je permets que les renseignements qui y figurent soient partagés au sein de BISNO et avec les organismes énumérés ci-dessous pour faciliter une prestation de services appropriée et en temps opportun.

Signature du demandeur

Signature du tuteur légal/représentant du
comité/procureur/mandataire spécial
(selon le cas)

Nom du demandeur en caractères d'imprimerie

Nom du tuteur légal/représentant du comité/
procureur/mandataire spécial
(selon le cas) en caractères d'imprimerie

Témoïn

Date

Ontario Association of Community Based Boards for Acquired Brain Injury Services (OACBABIS)			
Nom du programme (cochez le nom des organismes à qui vous avez présenté une demande)	Adresse	Téléphone	Télécopieur
<input type="checkbox"/> Réintégration communautaire des personnes ayant une lésion cérébrale (Niagara)	261, chemin Martindale, bureaux 12 et 13 St. Catharines (Ontario) L2W 1A1	905 687-6788 Sans frais : 1 800 996-8796	905 641-2785
<input type="checkbox"/> Brain Injury Services	225, rue King William, bureau 508 Hamilton (Ontario) L8R 1B1	905 523-8852	905 523-8211
<input type="checkbox"/> Services aux victimes de traumatismes crâniens du Nord de l'Ontario	426, rue Balmoral Thunder Bay (Ontario) P7C 5G8	807 623-1188	807 623-1201
<input type="checkbox"/> Brain Injury Services of Muskoka Simcoe	560, rue Bryne, bureau 4 Barrie (Ontario) L4N 9P6	705 734-2178 Sans frais : 1 877 320-1950	705 734-1598
<input type="checkbox"/> Community Head Injury Resource Services of Toronto (CHIRS)	62, avenue Finch Ouest Toronto (Ontario) M2N 7G1	416 240-8000	416 240-1149
<input type="checkbox"/> Dale Brain Injury Services Inc.	815, rue Shelborne London (Ontario) N5Z 4Z4	519 668-0023	519 668-6783
<input type="checkbox"/> Peel Halton Dufferin Acquired Brain Injury Services (PHDABIS)	176 Robert Speck Parkway Mississauga (Ontario) L4Z 3G1	905 949-4411	905 949-4019
<input type="checkbox"/> Centre Vista	211, avenue Bronson, bureau 214 Ottawa (Ontario) K1R 6H5	613 234-4747	613 234-3625



**SERVICES AUX VICTIMES DE TRAUMATISMES CRÂNIENS
DU NORD DE L'ONTARIO**

DÉCLARATION DES DROITS

1. Vous avez le droit d'être traité avec courtoisie et respect, sans abus mental, physique ou financier.
2. Vous avez le droit de consentir aux services offerts par BISNO ou de les refuser.
3. Votre individualité sera respectée, y compris votre appartenance ethnique, vos croyances spirituelles, vos préférences linguistiques, sexuelles, familiales et culturelles.
4. Tous les renseignements touchant votre participation à BISNO seront confidentiels (voir les exceptions possibles au verso de ce formulaire).
5. Vous avez le droit de participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de votre plan de services et de recommander des changements à la façon dont les services sont offerts.
6. Vous avez le droit d'avoir accès à votre dossier et à toute copie des documents compilés par BISNO.
7. Vous avez le droit d'être informé des politiques touchant la prestation des services, ainsi que des procédures entourant le dépôt d'une plainte.

BISNO s'engage à appuyer les personnes qui souhaitent exercer ces droits. Si, en tout temps, vous sentez que ces droits sont compromis, communiquez avec le directeur du programme directement.

Examiné avec : _____

Date : _____

BISNO : _____



*Conformément à la loi, BISNO est tenu de communiquer les renseignements privés et confidentiels dans les circonstances suivantes : cas présumés de violence envers un enfant, urgence médicale, assignation à comparaître devant la cour, personne intoxiquée insistant pour conduire ou motif raisonnable de croire que les renseignements sont nécessaires pour éviter une blessure grave ou la mort.

CODE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Ce code s'applique aux personnes de service, aux employés, aux membres du conseil, aux bénévoles et aux étudiants stagiaires.

BISNO s'engage à maintenir l'exactitude, la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels. Dans le cadre de cet engagement, nous avons adopté les principes suivants conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

1. Responsabilité

Nous avons la responsabilité de maintenir et de protéger les renseignements personnels sous notre contrôle et nous désignerons une ou plusieurs personnes qui seront responsables d'assurer la conformité avec ces principes.

2. Détermination des fins

Nous préciserons les fins auxquelles doivent servir les renseignements personnels avant ou au moment de leur collecte. Les renseignements personnels recueillis se limiteront à ceux nécessaires pour les objectifs définis.

3. Consentement

Le consentement de la personne sera obtenu pour la collecte, l'utilisation ou la communication de renseignements personnels, à l'exception des cas pour lesquels la loi offre une exemption.

4. Limitation de l'utilisation, de la communication et de la conservation

Les renseignements personnels ne devront être utilisés ou communiqués qu'en fonction des objectifs pour lesquels ils ont été recueillis, à moins qu'une personne n'ait donné son consentement ou que la loi ne l'exige ou ne le permette. Les renseignements personnels ne seront conservés que le temps nécessaire pour l'accomplissement des objectifs et conformément aux exigences de la loi.

5. Mesures de sécurité

Nous protégerons les renseignements personnels à l'aide des mécanismes de sécurité jugés appropriés pour le degré de sensibilité des renseignements personnels reçus. Nous conserverons les renseignements personnels aussi précis, complets et à jour que nécessaire pour l'accomplissement des objectifs pour lesquels ils seront utilisés.

6. Traitement des demandes et des plaintes

Nous fournirons des renseignements aux personnes sur nos politiques et procédures concernant la gestion des renseignements personnels qui sont sous notre responsabilité. Toute question ou demande liée à la conformité de nos politiques et procédures de confidentialité doit être acheminée à notre agente de protection de la vie privée.

Si vous avez des questions concernant l'accès à vos renseignements personnels, ou souhaitez formuler une plainte concernant une pratique de BISNO, communiquez avec :

Alice Bellavance, directrice générale et agente de protection de la vie privée
1 807 623-1188 ou sans frais 1 866 796-1188

SERVICES

BISNO est un organisme de bienfaisance sans but lucratif qui fournit une gamme de services de réadaptation et de soutien aux personnes âgées de 16 ans et plus et vivant avec les effets d'une lésion cérébrale.

Tous les services sont élaborés dans le but de faciliter le niveau de fonctionnement optimal de chaque personne dans toutes les sphères de la vie afin qu'elle puisse mener une vie productive et valable. Un plan est mis sur pied selon les objectifs exprimés par la personne, des commentaires des autres personnes de son entourage, des résultats d'efforts de réadaptation précédents et de recommandations relatives à une réadaptation ultérieure ainsi qu'un soutien à l'intervention en collaboration avec les partenaires communautaires existants.

Notre service est fondé sur une évaluation fonctionnelle globale des aptitudes relatives au développement, à la mise en œuvre et à l'évaluation des stratégies et des interventions dans toutes les sphères de la vie. Ces sphères peuvent inclure les aspects cognitifs, psychosociaux, sensoriels/de perception, médicaux/physiques, de carrière/d'éducation, les activités quotidiennes, la vie sociale et les loisirs.

Les services de réadaptation et de soutien sont assurés dans l'environnement naturel de la personne dans lequel le développement des aptitudes est requis.

Nos services comprennent ce qui suit :

- Réadaptation et intervention
- Aide à la vie autonome
- Toxicomanie et santé mentale
- Coordination du service, défense des droits et recommandations
- Orientation, réintégration et participation constructive au sein de la communauté
- Programmes de groupes (développement d'aptitudes, loisirs, soutien par les pairs)
- Groupe de style de vie sain
- Consultations cliniques
- Counseling individuel/familial

BISNO offre ses services dans les régions suivantes :

- ville de Thunder Bay
- districts de Thunder Bay, de Kenora et de Rainy River, c.-à-d. Dryden, Kenora, Fort Frances et Sioux Lookout
- Nord de l'Ontario (en ce moment à titre consultatif et frais des services; aussi en cours de développement)