



## 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

### FORMULAIRE D'ADMISSION AU CENTRE WANAKI

Le Centre de traitement Wanaki est un centre de ressources bilingue spécialisé accrédité par le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA). Le Centre offre un programme en personne de 4 semaines et un programme virtuel de 4 semaines sur une base de rotation dans les deux langues, anglais et français. Toutes les demandes sont soumises à un examen basé sur les critères établis afin d'éclairer la décision d'admission finale. La priorité sera accordée aux personnes qui sont membres de l'une des neuf communautés des Premières Nations algonquines.

#### Critères d'admission à évaluer

- L'application du Centre Wanaki doit être entièrement complétée et envoyée.
- Doit être reconnu et avoir le statut de membre d'une Première Nation ou de membre d'une communauté inuite au Canada.
- Doit avoir une carte médicale valide d'une province ou d'un territoire du Canada.
- Doit avoir 18 ans ou plus. Veuillez noter que le Centre Wanaki peut considérer un candidat âgé de 17 ans si le candidat dispose d'un consentement parental écrit.
- Les gens doivent être prêts à travailler sur leur guérison et leur rétablissement personnels.

#### Critères d'admission spécifiques au programme en Personne

- Les dates d'audience et autres rendez-vous (avec des avocats, des agents de probation ou de libération conditionnelle, des représentants de la protection de la jeunesse, etc.) doivent être fixés avant ou après la période de traitement.
- Doit avoir subi un examen médical auprès d'un médecin et/ou d'une infirmière indiquant un état de santé physique et mentale capable de suivre un programme de traitement.
- Ces critères ne peuvent pas participer au programme en personne mais peuvent participer au programme virtuel:
  - Toute personne prenant de la méthadone ou de la suboxone.
  - Femmes enceintes de 20 semaines ou plus.
  - Relations immédiates dans le même groupe, telles que relations entre frères et sœurs, parents-enfants, couples.

#### Critères d'admission spécifiques au programme virtuel

- Aucun critère spécifique ne s'applique au programme virtuel.

#### Sélection d'admission au programme

*Pour faciliter le processus d'admission, un participant intéressé par les deux programmes et/ou bilingue peut simplement remplir un formulaire de demande et être admissible à l'un ou l'autre programme dans l'une ou l'autre langue. Nous prioriserons les préférences lors de l'évaluation du dossier. Plusieurs choix peuvent être sélectionnés.*

Choix de programme	Ordre de Préférence
<input type="checkbox"/> En personne	1. _____
<input type="checkbox"/> Virtuel	2. _____

Choix de Langue	Ordre de préférence
<input type="checkbox"/> Anglais	1. _____
<input type="checkbox"/> Français	2. _____

📍 @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.*



**DEMANDE D'ADMISSION  
PROGRAMME WANAKI**  
Approuvé le 4 décembre 2024

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

**Section 1:** Consentement éclairé

**Section 3:** A compléter par le candidat

**Section 2:** Admission du candidat /  
Informations générales

**Section 4:** Évaluation de la santé

- **ÉTAPE 1:** Le Centre Wanaki doit recevoir les sections 1 à 4 entièrement complétées avant de pouvoir procéder à notre évaluation clinique. Nous recommandons fortement à tous les candidats de faire appel à un intervenant référent pour obtenir de l'aide.
- **ÉTAPE 2:** Le Centre effectuera une évaluation clinique. La décision d'admission du Centre sera communiquée au candidat et à l'agent référent.
- **ÉTAPE 3:** Dès réception de la décision d'admission, le référent et le candidat doivent signer et retourner le formulaire signé par fax ou par courrier électronique pour confirmer l'admission du candidat au cycle du programme.
- **ÉTAPE 4:** Une fois que le Centre Wanaki a reçu le formulaire de décision d'admission signé par le candidat et l'agent référent, une réunion de pré-contact Zoom ou téléphonique sera programmée avec le candidat avant le début du programme pour fournir des informations supplémentaires.

**Il y a 5 principes à suivre:**

**En personne**

- Aucune possession ou consommation d'alcool ou de drogues pendant le traitement
- Aucune violence d'aucune sorte
- Doit adhérer aux règles et règlements de la structure du début à la fin du programme
- Aucun contact intime
- Il est interdit de fumer à l'intérieur du bâtiment ou dans les structures extérieures

**Virtuel**

- Respect de soi et des autres
- Honnêteté envers vous-même et envers les autres
- Volonté d'écouter et d'apprendre
- Ouverture au partage
- Doit adhérer aux règles et règlements de la structure du début à la fin du cycle

Lorsque les demandes dépassent une période de 3 mois à compter de la date de réception, une nouvelle demande devra être soumise à nouveau.

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

- Physique (marche, exercice)
- Mental (être attentif lors des ateliers, lire, apprendre des autres)
- Spirituel (purification, prière, méditation, offrande de tabac)
- Émotionnel (écrire dans mon journal, partager dans le cercle)



## SECTION 1: CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

### Formulaire de consentement éclairé

Wanaki est un centre de traitement reconnu du PNLAADA avec plus de 30 ans d'expérience dans le domaine de la toxicomanie. Nous accordons de l'importance à notre relation avec nos participants et croyons que cette relation est comme un guide dans le processus de guérison.

Nous pensons que chaque personne est unique et a sa propre façon de prendre des résolutions. C'est pourquoi nous croyons en un modèle de bien-être qui aide nos participants à s'autonomiser en se concentrant sur ce qui fonctionne pour eux et non en une approche systématique qui propose une procédure générique pour travailler sur un traitement. Le parcours de chacun n'est pas le même que celui de l'autre.

### Droits du candidat

1. Le candidat peut poser des questions sur ce à quoi il peut s'attendre pendant le programme de traitement.
2. Le candidat peut mettre fin à la demande de traitement à tout moment.
3. Le candidat a le droit de se renseigner sur le statut de sa demande.
4. Droit à la confidentialité : Dans les limites prévues par la loi, tous les dossiers et informations acquis par le centre Wanaki seront gardés confidentiels conformément aux principes de gestion de l'information. Aucune information ne sera partagée ou révélée à une personne, une agence ou une organisation sans le consentement écrit préalable du candidat.

### Consentement aux contacts d'urgence

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

- Je comprends qu'en écrivant mes contacts d'urgence, j'autorise le Centre Wanaki à les contacter en cas d'urgence.**

Numéro de contact d'urgence n° 1	Numéro de contact d'urgence n° 2
Nom:	Nom:
# de téléphone:	# de 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 décrits, je pourrais être invité à quitter le programme. J'accepte que si je suis accepté dans le programme, je participerai pleinement au quotidien et effectuerai les tâches assignées.

\_\_\_\_\_  
Signature du candidat

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

\_\_\_\_\_  
Signature du référent

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



## SECTION 2: ADMISSION DU CANDIDAT / INFORMATIONS GÉNÉRALES

**\*\* Veuillez inclure une copie de l'assurance-maladie provinciale et de la carte de statut des Premières Nations ou de l'inscription des Inuits.**

Nom de famille:		Nom:			
Courriel:			Numéro de carte d'assurance maladie:		Date exp:
Date de naissance JJ/MM/AAAA:	Âge:	Sexe (identifie comme):	Téléphone:		Cellulaire:
Adresse (Ajouter une boîte postale si nécessaire)			Ville:		Province: Code Postale:
Langue parlée:		Langue préférée:		Langue comprise:	
Communauté:		Nation:		Numéro de statut de Première Nation / enregistrement d'Inuit:	
<b>ÉDUCATION</b>					
Dernière année terminée? _____		Où?		Niveau de lecture:	
<input type="checkbox"/> École primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Collège <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"/> École résidentielle		<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Pauvre	
				<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Pauvre	
<b>SITUATION FINANCIÈRE</b>					
Statut d'emploi / Situation financière:		Quelle a été votre principale source de revenus au cours des six derniers mois?			
		<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Assistance 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 candidat a-t-il des enfants à charge?		Si oui, ont-ils accès à des services de garde d'enfants adéquats pendant leur participation au programme?	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf <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"/> Pas applicable	
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas applicable	
Fournir des informations sur les enfants ou autres personnes à charge du candidat:					
Nom		Âge		Relation	
Support familial:			Forces familiales:		



**\*\* LISEZ ATTENTIVEMENT S'IL VOUS PLAÎT \*\***

Si vous avez des situations juridiques, vous devrez répondre aux critères suivants..

Fournissez toute pièce justificative demandée par Wanaki pour procéder à une évaluation appropriée de la demande. Les travailleurs de référence devront fournir à Wanaki une confirmation écrite du tribunal selon laquelle le client ne comparaitra pas devant le tribunal, ne sera pas soumis à des conditions de probation ou de libération conditionnelle qui interrompraient les services de traitement du client pendant 4 semaines. Si la personne postulant a un casier judiciaire actif, une copie de ce dossier devra nous être transmise pour compléter la demande.

**Program en personne seulement:** Le centre de détention ou la communauté devra s'assurer que le client arrive au Centre Wanaki avec le transport et les moyens pour rentrer chez lui ou au centre de détention d'où il vient. Si un client arrive avec des conditions légales le jour de l'admission sans transport de retour, cela signifie qu'il ne sera pas accepté.

**STATUT LÉGAL**

Le tribunal a-t-il ordonné au client de participer au programme? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, fournissez des détails (incluez les détails/une copie de l'ordonnance de probation, le cas échéant et/ou disponible)	Le client est-il soumis à l'une des conditions juridiques suivantes? <input type="checkbox"/> Caution <input type="checkbox"/> Libération conditionnelle <input type="checkbox"/> Ordonnance de permission de sortir
Implication du système juridique: <input type="checkbox"/> Tribunal pénal <input type="checkbox"/> Tribunal de la famille <input type="checkbox"/> Tribunal traitement de la toxicomanie <input type="checkbox"/> Mise en liberté surveillée <input type="checkbox"/> Ordonnance du tribunal <input type="checkbox"/> Justice réparatrice <input type="checkbox"/> Condamnation avec sursis <input type="checkbox"/> Libération conditionnelle <input type="checkbox"/> Charges en attente	Autre (préciser, dates, etc.) : * <b>OBLIGATOIRE</b> de fournir les informations relatives au casier judiciaire

**ANTÉCÉDENTS**

Le candidat a-t-il participé à un programme de désintoxication non résidentiel / communautaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le candidat a-t-il participé à un programme de santé mentale non résidentiel / communautaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le candidat 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 votre expérience de traitement antérieure:

Année	Centre de traitement	Type de dépendance	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			
À quel âge avez-vous commencé à consommer des substances?		À quel âge avez-vous 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"/> Fins de semaine <input type="checkbox"/> Quelques jours semaine <input type="checkbox"/> 1-2 jours par mois			
De quel(s) type(s) de substances abusez-vous?			
Alcool:		Drogues:	
<input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Spiritueux <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Autre: _____		<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 de médicaments sur ordonnance:		Nicotine:	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez: _____		<input type="checkbox"/> Tabac à chiquer <input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> Pipe <input type="checkbox"/> Vapoteuse <input type="checkbox"/> Autre: _____ <input type="checkbox"/> Cigare	
Sobre puisque (Si applicable) :			
Pourquoi pensez-vous que vous consommez des substances?			



<b>SYMPTÔMES DE SEVRAGE</b>		
Le candidat a-t-il ressenti l'un des symptômes suivants lors du sevrage de substances <b>au cours des 12 derniers mois?</b>		
Symptôme		Décrire
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	
Avez-vous déjà expérimenté les DT?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>DÉPENDANCE COMPORTEMENTALE</b>		
Le candidat a-t-il rencontré des problèmes avec l'un des éléments suivants <b>au cours des 12 derniers mois?</b>		
Processus/dépendance comportementale		Décrire
Jeux de hasard (machines à sous, cartes, Keno, bingo, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Inconnu	
Alimentation (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	
Cellulaire/SMS	<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	<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	



<b>SANTÉ MENTALE</b>		
Fournissez les informations suivantes sur l'état de santé du candidat <b>au cours des 12 derniers mois:</b>		
Maladie mentale		Décrire
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 en 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/idées de suicide antérieures	<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 (le cas échéant)
<b>AUTRE</b>		
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 candidat 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 candidat 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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez décrire:
Le candidat 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 candidat 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:		



INFORMATIONS DU RÉFÉRENT				
Prénom:		Nom:		
Titre d'emploi:	Téléphone:		Cellulaire:	
Organisation:		Courriel:		
Adresse de l'organisation : (Ajouter une boîte postale si nécessaire)		Ville:	Province:	Code Postal:
Le candidat a-t-il effectué deux rendez-vous préprogramme?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Continuerez-vous à voir le candidat 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:
De quels autres soutiens le candidat pourrait-il bénéficier dans sa communauté une fois le traitement terminé?				
Nom/Ressource		Description de l'assistance		
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).				
STADE DE PRÉPARATION DU CLIENT				
<input type="checkbox"/> Pré contemplation – Ne pas envisager le changement ; résistant au changement. <input type="checkbox"/> Contemplation - Incertain de savoir s'il faut ou non changer, indécision chronique. <input type="checkbox"/> Détermination - Préparation ; s'engage à changer de comportement dans un délai d'un mois. <input type="checkbox"/> Action – Commencez à changer de comportement. <input type="checkbox"/> Maintien - Le changement de comportement persiste depuis 6 mois ou plus.				
Veuillez énumérer toutes les questions ou préoccupations que le candidat a signalées au cours du processus d'admission:				
Quels autres domaines pourraient devoir être abordés dans le programme ? (p. ex., abandon, pensionnats, colère, chagrin, perte, compétences parentales, abus sexuel, rejet, finances, spiritualité, suicide, santé mentale, jeu et autres dépendances , etc.):				
Évaluation des points forts du candidat et des défis potentiels pour terminer le programme:				



LISTE DE CONTRÔLE DU RÉFÉRENT		
Veuillez initialiser les éléments applicables qui ont été remplis. Cochez tous les éléments joints à cette demande :		
Éléments	Ci-joint	Initiales
Évaluations psychiatriques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ordonnance de probation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
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 noter, à titre de rappel général pour votre candidat, que les personnes issues des mêmes communautés peuvent postuler et participer au même programme en même temps	<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.		
ÉVALUATION DU RÉFÉRENT		
Pensez-vous que le candidat a besoin d'une cure de désintoxication avant de commencer notre programme résidentiel?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez expliquer davantage:
VÉRIFICATION DE L'ÉQUIPEMENT POUR PROGRAMME VIRTUEL SEULEMENT (SI APPLICABLE)		
Le candidat 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"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Si vous avez répondu non, êtes-vous en mesure de fournir au candidat un appareil ou un emplacement avec un appareil afin de participer au programme?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Si vous avez répondu non, Le Wanaki offre la location de tablettes avec données pour les candidats qui en ont besoin pendant toute la durée du programme. Votre client a besoin d'une tablette du centre Wanaki?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Veuillez noter que lorsque vous nous demandez une location de tablette, vous devenez automatiquement responsable de la tablette fournie au candidat et un contrat à signer vous sera envoyé. <b>La location de tablette peut se faire par un agent référent uniquement.</b>		
SIGNATURE		
Signature du référent	Date (J/M/A)	





## SECTION 4: ÉVALUATION MÉDICALE

INFORMATION MÉDECIN/INFIRMIÈRE			
Prénom:		Nom:	
Titre d'emploi:	Téléphone:	Cellulaire:	
Organisation:		Courriel:	
Adresse de l'organisation:(Rajout du P.O si applicable)		Ville:	Province: Code postal:
Prénom du candidat:		Nom du candidat:	

### SI VOUS POSTULEZ UNIQUEMENT AU PROGRAMME VIRTUEL, VEUILLEZ REMPLIR LES PARTIES 1-2 ET 4

#### PARTIE 1 : LA PERSONNE PRÉSENTE-T-ELLE LES CONDITIONS SUIVANTES, TELLES QUE DIAGNOSTIQUÉES PAR UN MÉDECIN?

##### COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES APPLICABLES

<input type="checkbox"/> Grossesse * Veuillez prendre note que le Centre Wanaki n'accepte pas les femmes ayant passé 20 semaines de grossesse *	Nombre de semaine?	Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date du dernier examen médical?
	Autres commentaires (ex : date du prochain rendez-vous médical, nombre de grossesses précédentes, interruption volontaire de grossesse, grossesse à haut risque, etc.):			
<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques (y compris hypertension, hypotension artérielle, angine)	Date du dernier épisode?	Veuillez préciser de quel trouble cardiaque:		Dernier examen médical?
	Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Êtes-vous en attente pour une chirurgie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Autres commentaires (ex : date du prochain rendez-vous, antécédents familiaux, etc.)			
<input type="checkbox"/> Épilepsie	Date du dernier épisode?	Dernier examen médical?		Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Autres commentaires (ex; date du prochain rendez-vous, antécédents familiaux, etc.):			
<input type="checkbox"/> Trouble hépatique (ex. : Cirrhose, ictère, hépatite A,B,C, problème hépatique, œdème)	Date du dernier épisode?	Veuillez préciser de quel trouble hépatique:	Dernier examen médical?	Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Autres commentaires (ex. Date du prochain rendez-vous, etc.)			



<input type="checkbox"/> Diabète	Dernier examen médical?		Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Votre diabète est-il stable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Prenez-vous de l'insuline? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Suivez-vous un régime spécial? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date de votre dernière prise de sang (résultat A1C)?	
	Autres commentaires (ex : date du prochain rendez-vous, etc.)					
<input type="checkbox"/> Histoire récente (1 mois) de traumatisme crânien avec perte de conscience (ex : fracture du crâne)	Date de l'évènement?		Dernier examen médical?		Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Autres commentaires (ex : date du prochain rendez-vous, etc.):					
<input type="checkbox"/> Trouble respiratoires (Asthme, bronchite chronique, emphysème, infections, toux)	Veuillez préciser quel trouble respiratoire:			Avez-vous une toux? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, caractéristiques de l'expectoration?		
	Date du dernier épisode?		Dernier examen médical?		Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Autres commentaires (ex : date du prochain rendez-vous, etc.):					
<input type="checkbox"/> Allergie (médicaments, nourriture, autres)	Types d'allergies?			Types de réactions? (Éruption, urticaire, anaphylactique, etc)		
	Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Prenez-vous des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		EpiPen? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Autres commentaires (ex : date du prochain rendez-vous, etc.):					
<input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale (anxiété, dépression, psychose, schizophrénie, etc.)	Veuillez préciser:					
<input type="checkbox"/> Autres (Ex : ITSS, VIH, Inflammations, infections, état des sites d'injection et toutes autres plaies, problèmes de mobilité, problèmes instables/non diagnostiqués, gain/perte de poids important)	Veuillez préciser:		Dernier examen médical?		Êtes-vous suivi par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Autres commentaires (ex : date du prochain rendez-vous)					
<b>PARTIE 2: EXAMEN PHYSIQUE</b>						
Pression artérielle:		Rythme cardiaque:		Respiration:		Température:
Poids:		Grandeur:		Glucose sanguin:		Toute blessure:
Suggérez-vous un examen médical, des tests ou des investigations supplémentaires avant l'admission du client au Centre Wanaki?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez préciser:			
À votre avis, votre client a-t-il besoin d'une cure de désintoxication pour sa toxicomanie avant d'entrer dans le programme résidentiel du Centre Wanaki?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez préciser:			
Avez-vous un médecin de famille ou une infirmière? (sur une base régulière)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, nom et prénom du professionnel de santé:			
				Nom de la clinique:		
				Téléphone:		Ville:



**PARTIE 3: QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE DES SYMPTÔMES DE LA TUBERCULOSE DU CENTRE WANAKI (EN PERSON SEULEMENT)**

Le candidat doit répondre à la partie A. Un professionnel de la santé doit évaluer les réponses et attribuer une recommandation dans la partie B. Veuillez noter qu'un test cutané anti-TB n'est pas obligatoire pour entrer au Centre Wanaki. Si le client répond OUI à plus d'une question, nous recommandons une enquête plus approfondie avant l'admission au Centre Wanaki.

**PARTIE A**

Une toux productive depuis plus de 3 semaines?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hémoptysie (crachats de sang)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Perte de poids inexplicée?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fièvre, frissons ou sueurs nocturnes sans raison connue?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Essoufflement persistant?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fatigue inexplicée?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Douleur thoracique?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des contacts avec une personne atteinte de tuberculose active au cours de l'année écoulée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre communauté compte-t-elle actuellement des cas de tuberculose ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous fait un test cutané pour la tuberculose ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, j'ai fait un test de tuberculose	Date:	Résultat:

**PARTIE B**

Après examen des réponses au questionnaire et discussion avec la personne pour laquelle l'évaluation de la tuberculose est requise, je recommande ce qui suit:

- Rien n'indique que cette personne souffre d'une tuberculose active à l'heure actuelle.
- Une évaluation plus approfondie, y compris un test cutané antituberculeux ou une autre évaluation médicale, est indiquée et doit être effectuée avant l'admission dans un établissement.

Signature du professionnel de la santé	Nom imprimé	Date
--	-------------	------

**PARTIE 4: MÉDICATION****\*\* VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT \*\***

Nous préférons une copie imprimée de la pharmacie du dossier médical des participants.

**Programme en personne:** Nous demandons également au candidat d'arriver au Centre avec 4 semaines de médicaments déjà préparés en DOSETTES (emballages blister de la pharmacie) si elles ne sont pas disponibles, nous demandons qu'il se présente avec un maximum de 3 jours de médicaments.

N'apportez pas de médicaments non prescrits, ils seront jetés. Même chose pour les suppléments protéinés en poudre. Nous optimisons une alimentation saine, qui apporte tous les nutriments dont le corps a besoin.

**Votre candidat prend-il actuellement des médicaments sur ordonnance ? (Si oui, veuillez préciser le nom, la posologie, la durée et toute recommandation particulière d'utilisation ou joindre la liste des pharmacies)**

Nom du médicament	Raison	Effet psychoactif

J'ai examiné \_\_\_\_\_ et le/la juge apte à participer au programme du Centre Wanaki en personne et/ou virtuel.

Cachet de vérification du médecin ou de l'infirmière

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin ou de l'infirmière autorisée

\_\_\_\_\_  
Date JJ/MM/AAAA



\*\*\*CONFIDENTIEL\*\*\*