

**The Ottawa Hospital Mobile Crisis Team
Guidelines for referring clients**

**L'Équipe mobile de crise de L'Hôpital d'Ottawa
Lignes directrices pour la recommandation des clients**

We do:

- ✓ evaluations of people in crisis
- ✓ reassess mental status of clients in crisis seen by other professionals
- ✓ assess suicide risk and intervene appropriately
- ✓ give crisis support, coping strategies and liaison to community resources
- ✓ provide interim short-term follow-up of compliance with an organized treatment plan while awaiting other services
- ✓ see people 16 years of age and older
- ✓ provide service in City of Ottawa only

Ce que nous faisons :

- ✓ évaluation de personnes en situation de crise
- ✓ réévaluation de l'état mental des clients en situation de crise qui ont été examinés par d'autres professionnels
- ✓ évaluation du risque de suicide et intervention appropriée
- ✓ soutien aux personnes en situation de crise, stratégies d'adaptation à des situations difficiles et liaison avec des ressources communautaires
- ✓ suivi provisoire à court terme pour assurer que le client reste fidèle au traitement planifié en attendant d'autres services ou soins
- ✓ évaluation de personnes âgées de 16 ans et plus
- ✓ prestation de services dans la ville d'Ottawa seulement

We do NOT:

- do case management
- do long term therapy
- do addiction treatment
- see people whose primary problem is addiction other than to make them aware of resources
- transport patient to appointments
- provide quicker access for an assessment with a psychiatrist
- see people whose condition and behaviour poses a risk for the team members

Ce que nous NE faisons PAS :

- gestion de cas
- thérapie à long terme
- traitement pour de la dépendance
- évaluation de personnes dont le problème principal est la dépendance, sauf si ce n'est que de les orienter vers les ressources appropriées
- transport des patients à leurs rendez-vous
- accès rapide pour évaluation en psychiatrie
- évaluation de personnes dont l'état et le comportement posent un risque pour les membres de l'équipe



Client information-Information sur le client

Name-Nom _____ DOB-DDN (yyaa/mm/dj) _____ Sex-Sexe F M

Address-Adresse _____ Street-Rue _____ City-Ville _____ Postal code postal _____ Tel.: Home-Domicile _____ Work-Travail _____

Please ensure that the client is aware of the referral-Veuillez vous assurer que le client a été avisé de la demande de consultation.

Referring agency-Requérant _____ Telephone No.-N° de téléphone _____ Fax No.-N° de télécopieur _____

Current resources-Ressources déjà en place :

G.P.-Omnipraticien _____ Name-Nom _____ Telephone no.-N° de téléphone _____
 Psychiatrist-Psychiatre _____
 Community-Communauté _____

Brief description of symptoms-Brève description des symptômes :

Assessment attached-Évaluation ci-jointe

Specific purpose or **expected outcome** of Crisis Team involvement:
Raisons spécifiques nécessitant l'intervention de l'Équipe de crise, **résultats escomptés :**

Consideration for Community Crisis Bed-Envisager un lit dans la collectivité pour personnes en état de crise

Risk factors-Facteurs de risque :

Details-Précisions :

Suicide _____
 Violence _____
 Substance Abuse-Toxicomanie _____

Person issuing the form-Requérant _____ Profession _____ Signature _____ Date (yyaa/mm/dj) _____