



## COVID-19 FACILITY BASED ADDICTIONS TREATMENT AGREEMENT – AVENTA

Due to COVID-19, risks associated with attending facility based treatment are higher due to factors such as requirements for self-isolation, travel, risks from chronic/underlying health issues, and facility bed space limitations. Your case manager has assessed these risks and you have been approved to attend facility based addictions treatment. Please check that you understand the following, sign this form and have it submitted by your case manager with your funding application to the Department of Health and Social Services.

## ENTENTE LIÉE À LA COVID-19 SUR LE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES EN ÉTABLISSEMENT – AVENTA

Pendant la pandémie de COVID-19, les risques associés à votre présence dans un établissement pour suivre un traitement sont plus élevés notamment en raison de la nécessité de s'auto-isoler, des voyages, des problèmes de santé chroniques ou sous-jacents et des limites du nombre de lits dans l'établissement. Votre gestionnaire de cas a évalué ces risques et vous êtes autorisé à suivre votre traitement dans l'établissement. Veuillez vous assurer de bien comprendre les mentions suivantes, signez ce formulaire et remettez-le à votre gestionnaire de cas qui l'enverra au ministère de la Santé et des Services sociaux en même temps que votre demande de financement.

Service User's Name:

Nom du patient (de la patiente) :

Community:

Collectivité :

Case Manager:

Gestionnaire de cas :

### SELF-ISOLATION

I understand that *prior to returning to the Northwest Territories, after completing treatment, the Chief Public Health Officer requires the following:*

- I must file a self-isolation plan with Protect NWT ten days before returning to the territory.
- Immediately upon return to the NWT, I must self-isolate for 14 days in Yellowknife, Inuvik, Hay River or Fort Smith only. I am not permitted to self-isolate in a small community or other regional centre other than the four listed communities. Hotel accommodation in one of these four centres, transportation to the hotel, and all meals during the 14 days will be provided by the GNWT if required. The remainder of my travel will then be arranged and paid for by the Department of Health and Social Services once the 14 days is complete and I remain symptom free.
- I understand that the Facility Based Addictions Treatment Coordinator may contact Protect NWT to confirm my self-isolation plan arrangements.

### AUTO-ISOLEMENT

Je comprends qu'*avant d'autoriser mon retour aux Territoires du Nord-Ouest, l'administratrice en chef de la santé publique exigera que je satisfasse ou m'engage à satisfaire aux conditions suivantes :*

- Je dois remplir un plan d'auto-isolement et l'envoyer à Protégeons les TNO dix jours avant de revenir aux TNO.
- Immédiatement à mon retour aux TNO, je dois m'isoler pendant 14 jours à Yellowknife, Inuvik, Hay River ou Fort Smith uniquement. Je n'ai pas le droit de m'isoler dans une petite collectivité ou un centre régional autre que les quatre mentionnés. Le GTNO fournira sur demande l'hébergement dans l'un de ces quatre centres, le transport à l'hôtel, et tous les repas pendant les 14 jours, au besoin. Une fois la période de 14 jours terminée et l'absence de symptômes confirmée, le ministère de la Santé et des Services sociaux organisera et paiera le reste de mes déplacements.
- Je comprends que le coordonnateur du traitement des dépendances en établissement pourrait communiquer avec Protégeons les TNO pour confirmer mon plan d'auto-isolement.

### ESCORTS

- If I require an escort, they have been made aware by my case manager that immediately upon return to the NWT, they must self-isolate for 14 days in Yellowknife, Inuvik, Hay River or Fort Smith only. They are not permitted to self-isolate in a small community or other regional centre other than the four listed communities. Hotel accommodation in one of these four centres, transportation to the hotel, and all meals during the 14 days will be provided by the GNWT if required. The remainder of their travel will then be arranged and paid for by the Department of Health and Social Services once the 14 days is complete and they remain symptom free.

### ACCOMPAGNATEURS

- Si j'ai besoin d'une personne pour m'accompagner, mon gestionnaire de cas l'a informée qu'à son retour aux TNO, elle devra s'isoler pendant 14 jours à Yellowknife, Inuvik, Hay River ou Fort Smith uniquement. Les accompagnateurs ne sont pas autorisés à s'isoler dans les petites collectivités ou les centres régionaux autres que ceux mentionnés. Le GTNO fournira sur demande l'hébergement dans l'un de ces quatre centres, le transport à l'hôtel, et tous les repas pendant les 14 jours, au besoin. Une fois la période de 14 jours terminée et l'absence de symptômes confirmée, le ministère de la Santé et des Services sociaux organisera et paiera le reste de ses déplacements.

**DETOX**

- I understand that detox is currently unavailable in Alberta for out of province residents. If I arrive at Aventa having not abstained from substance use for the required amount of time prior to admission, or if I arrive intoxicated, I will not be admitted.
- If I am not admitted to Aventa due to the above, I have a plan in place to safely take care of myself.
- I understand that I may then be responsible to find and fund my own accommodations, transportation and meals in Calgary until I am no longer intoxicated and/or have abstained from substances for the required amount of time, and am either able to board a plane to return home, or start treatment at a later date at the discretion of Aventa.
- I understand that due to decreased flight availability, I may need to be able to safely provide for myself in Calgary for up to one week.
- I have someone to contact who can assist me if I am unable to be admitted for the above reasons.

**DÉSINTOXICATION**

- Je comprends que les traitements pour désintoxication ne sont actuellement pas disponibles en Alberta pour les personnes venant de l'extérieur de la province. Si j'arrive à Aventa sans avoir arrêté de consommer des substances toxiques pendant la durée requise avant mon admission, ou si je me présente sous l'influence de la drogue ou de l'alcool, je ne serai pas admis.
- Si mon admission à Aventa est refusée pour les raisons ci-dessus, j'ai pris des dispositions pour prendre soin de moi.
- Je comprends que je pourrai alors devoir trouver mon propre logement, et assurer mes transports et mes repas à Calgary, et financer le tout, jusqu'à ce que je ne sois plus sous l'influence de la drogue ou de l'alcool ou que je me sois abstenu(e) de toute consommation de ces substances pendant la période requise; je pourrai alors soit être en mesure de prendre un avion pour rentrer chez moi, soit commencer le traitement à une date ultérieure, à la discrétion d'Aventa.
- Je comprends qu'en raison de la disponibilité réduite des vols, je pourrais devoir subvenir à mes besoins à Calgary jusqu'à une semaine.
- J'ai les coordonnées de quelqu'un qui pourrait m'aider si mon admission est refusée pour les raisons ci-dessus.

**ILLNESS**

- I understand that Alberta has active cases of COVID-19 throughout the province. I understand that if I have chronic illnesses/underlying medical conditions I may be at a higher risk of complications should I contract COVID-19.
- I understand that staying at a facility based treatment centre places me at a greater risk of exposure due to communal living. Although facilities are following strict guidelines such as daily health checks, reduced group sizes, and physical distancing protocols, I am aware that I will be sharing a bedroom and bathrooms while at the facilities.
- I understand that if I arrive at Aventa displaying symptoms of COVID-19 (fever, new cough, shortness of breath, etc.), or become ill while in treatment, I will be placed in a quarantine room at the treatment facility and a COVID-19 test will be administered to me. I will remain in quarantine at Aventa until I am symptom free and can then either choose to be admitted to the regular treatment program, or return home.
- I understand that if I am in need of hospitalization, I will be hospitalized in Alberta, and will not be permitted to return to the NWT until I have fully recovered and have been medically cleared by a health professional.
- I understand that Aventa will inform my NWT Case Manager and the Facility Based Addictions Treatment Coordinator if I am symptomatic while in treatment.
- I understand that once I am healthy, I can then resume the treatment program or return home.
- I understand that if I choose to return home, confirmation of negative test results will need to be provided to the GNWT prior to my return travel to the NWT being booked.
- I understand that if I am showing symptoms of COVID-19 I will not be permitted to board flights in Canada until I have recovered and been medically cleared.

**MALADIE**

- Je comprends qu'il y a des cas actifs de COVID-19 à travers l'Alberta. Si j'ai une maladie chronique ou une pathologie sous-jacente, je présente un risque élevé de complications si je contracte la COVID-19.
- Je comprends qu'en restant dans un établissement de traitement, j'accrois mon risque d'exposition en raison de la vie communautaire. Bien que les établissements suivent des consignes strictes comme les contrôles de santé quotidiens, la taille réduite des groupes et les protocoles d'éloignement physique, je partagerai une chambre et les salles de bain pendant mon séjour.
- Je comprends que si j'arrive à Aventa en présentant des symptômes de la COVID-19 (fièvre, nouvelle toux, essoufflement, etc.), ou si je tombe malade pendant le traitement, je serai placé(e) en quarantaine dans l'établissement et je passerai un test de dépistage de la COVID-19. Je resterai en quarantaine à Aventa jusqu'à ce que mes symptômes disparaissent; je pourrai alors réintégrer le programme ou rentrer chez moi.
- Je comprends que si je dois être hospitalisé(e), ce sera en Alberta et je ne pourrai pas retourner aux TNO à moins d'être complètement guéri(e) et déclaré(e) comme tel(le) par un professionnel de la santé.
- Je comprends que le personnel du centre Aventa informera mon gestionnaire de cas des TNO et le coordonnateur du traitement des dépendances en établissement si je présente des symptômes pendant mon traitement.
- Je comprends qu'une fois rétabli(e), je pourrai reprendre le traitement ou retourner chez moi.
- Je comprends que si je décide de retourner chez moi, il faudra présenter au GTNO une preuve de mon test négatif avant de réserver mon voyage de retour aux TNO.
- Je comprends que si je présente des symptômes de la COVID-19, je ne pourrai pas embarquer à bord d'un avion au Canada tant que je ne serai pas guéri(e) et déclaré(e) comme tel(le) par un médecin.

Translation into other NWT official languages will be provided upon reasonable request. La traduction dans une autre langue officielle des TNO sera fournie sur demande raisonnable.

**MASKS**

- I understand that I will be required to wear a mask during my first 14 days at Aventa. I am able and willing to wear a mask. Aventa will provide these masks to me.
- I understand that Transport Canada has made it mandatory that all individuals flying within Canada wear masks. I am able to wear a mask and can provide one for myself and can wear it while travelling to and from treatment.

**MASQUES**

- Je comprends que je devrai porter un masque pendant les 14 premiers jours de mon séjour à Aventa. Je suis apte et disposé(e) à porter un masque. Le personnel du centre Aventa me fournira des masques.
- Je comprends que Transports Canada a rendu obligatoire le port du masque pour tous les passagers prenant un vol au Canada. Je suis en mesure de porter un masque et j'en ai un que je porterai pendant mes déplacements entre les TNO et l'établissement de traitement.

**MENTAL HEALTH AND ADDICTIONS STRATEGIC PROGRAMS**

The personal health information on this form is being collected in accordance with the *Health Information Act* (HIA) and will be used in order to assess appropriate candidacy for residential treatment during the COVID-19 pandemic, as it relates to self-isolation, travel, detox, facility bed space issues, etc. This information is protected by the privacy provisions of the HIA and will not be used or disclosed unless allowed or required by the HIA or any other Act.

If you have any questions about the collection or use of this information, please contact the Manager of Mental Health and Addictions Strategic Programs at the Department of Health and Social Services.

867-767-9061

Health and Social Services,  
Government of the Northwest Territories  
P.O. Box 1320, Yellowknife NT X1A 2L9

You do not have to consent. You may also withdraw your consent at any time. If you choose to refuse or withdraw consent, this will not negatively impact the services that you are currently being provided. Refusing or withdrawing consent does not mean you cannot receive services at a later time if you change your mind.

**PROGRAMMES STRATÉGIQUES DE SANTÉ MENTALE ET DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES**

Les renseignements personnels sur la santé consignés dans le présent formulaire le sont conformément à la *Loi sur les renseignements sur la santé* et seront utilisés pour déterminer l'admissibilité à un programme de traitement en centre durant la pandémie de COVID-19, selon l'auto-isolement, les déplacements, la désintoxication, la capacité d'accueil, etc. Ils sont protégés en vertu des dispositions sur la vie privée contenues dans la *Loi sur les renseignements sur la santé* ou dans toute autre loi.

Pour toute question sur la collecte ou l'utilisation de ces renseignements, veuillez vous adresser au gestionnaire de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux.

867-767-9061

Santé et Services sociaux  
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest  
C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9

Rien ne vous oblige à donner votre consentement. Vous pouvez également le retirer en tout temps. Les services qui vous sont offerts actuellement ne seront pas touchés négativement si vous choisissez de ne pas donner votre consentement ou de le retirer; cela ne vous empêchera pas non plus de recevoir des services à l'avenir si vous changez d'idée.

\_\_\_\_\_  
Name of Service User (Please Print)

Nom du patient ou de la patiente (en caractères d'imprimerie)

X

\_\_\_\_\_  
Signature of Service User  
Signature du patient ou de la patiente

\_\_\_\_\_  
Date (dd/mm/yyyy)  
Date (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Name of Case Manager (Please Print)

Nom du gestionnaire de cas (en caractères d'imprimerie)

X

\_\_\_\_\_  
Signature of Case Manager  
Signature du (de la) gestionnaire de cas

\_\_\_\_\_  
Date (dd/mm/yyyy)  
Date (jj/mm/aaaa)