



Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro assurance maladie : \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR  
SERVICES DE PROXIMITÉ**

*Nous vous invitons à remplir ce formulaire selon les informations détenues et  
à nous l'acheminer même s'il est incomplet. Merci!*

**1. IDENTIFICATION**

Nom :	Prénom :	Téléphone résidence :
Date de naissance :	Âge :	Cellulaire :
Adresse :	Code postal :	
Adresse courriel :		

*Informations du parent 1*

Nom :	Prénom :	
Date de naissance :	Téléphone résidence :	Cellulaire :
Adresse :	Code postal :	
Adresse courriel :		

*Informations du parent 2*

Nom :	Prénom :	
Date de naissance :	Téléphone résidence :	Cellulaire :
Adresse :	Code postal :	
Adresse courriel :		

*Autres informations pertinentes*

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Coordonnées pharmacie : \_\_\_\_\_

École ou service de garde fréquenté (si applicable) : \_\_\_\_\_

Vit avec :  Parent 1  Parent 2  Parent 1 et 2  Seul  Autre

**2. BRÈVE DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE** (motif de référence/élément déclencheur/diagnostic pertinent à la demande)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. QUELLES SONT VOS INQUIÉTUDES FACE À LA SITUATION?** (facteurs de vulnérabilité, sécurité à domicile, risques d'abus ou de maltraitance, violence familiale ou conjugale, risque pour autrui ou homicide, idées suicidaires, automutilation, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom :

Prénom :

# Dossier :

<b>4. BESOINS IDENTIFIÉS</b>			
Par l'utilisateur :			
Par sa famille :			
Par la personne référente :			
<b>5. ACTIONS MISES EN PLACE ET HISTORIQUE DES SERVICES</b>			
<b>6. CONSOMMATION</b> (Drogue – Alcool – Jeu – Médication – Autre) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évaluée			
<i>(joindre les grilles d'évaluation, s'il y a lieu)</i>			
<b>7. CONSENTEMENT</b>			
a) L'utilisateur de 14 ans et plus est-il informé de la demande? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pourquoi?			
Garde légale : <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Autre			
Régime de protection : <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Mandat d'inaptitude			
b) Si applicable, les tuteurs légaux (ex. : parents) sont-ils informés de la demande? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pourquoi?			
c) L'utilisateur est-il en mesure de comprendre la demande de service? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pourquoi?			
<b>8. COMMENTAIRES</b>			
<input type="checkbox"/> Joindre les rapports pertinents, les évaluations ainsi que les plans d'intervention (si disponible, joindre le profil pharmacologique)			
<b>9. TRANSMISSION DU FORMULAIRE</b>			
<b><i>Veillez inscrire les renseignements suivants en caractères d'imprimerie</i></b>			
Date (aaaa-mm-jj) :		Nom du référent/Titre :	
Organisme :			
Téléphone :		Cellulaire :	
Signature :		Courriel :	
Autorisation de transmettre les informations de l'utilisateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Autorisation obtenue de l'utilisateur permettant au CISSS des Laurentides de faire un retour au référent concernant la date de début du suivi ou de l'impossibilité d'amorcer le suivi incluant le motif de cette impossibilité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<i>Transmettre le formulaire au guichet d'accès concerné par votre demande (voir le document annexé au formulaire)</i>			
<b>10. RÉCEPTION DU FORMULAIRE PAR LE CISSS</b>			
Date :		Nom de l'intervenant :	
Contact téléphonique établi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		En date du (aaaa-mm-jj) :	
Nom de la personne contactée :			
Nom de l'intervenant		Signature	Permis
			aaaa/mm/jj