



**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR
SERVICES DE PROXIMITÉ
(FP-CISS-6069)**

1. IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Nom du père : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Nom de la mère : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Adresse courriel : _____

Nom de l'école : _____

Médecin traitant : _____

Coordonnées pharmacie : _____

Vit avec : Père Mère Père et Mère Seul Autre

2. DESCRIPTION SUCCINCTE DE LA SITUATION ACTUELLE

(motif de référence / élément déclencheur / diagnostic pertinent à la demande)

3. OPINION DU RÉFÉRENT QUANT AU NIVEAU DE RISQUE, DE VULNÉRABILITÉ

4. BESOINS IDENTIFIÉS...

Par l'usager :

Par sa famille :

Par la personne référente :

Nom, prénom de l'utilisateur : _____ Date de naissance : _____ N° dossier : _____

5. ACTIONS MISES EN PLACE ET HISTORIQUE DES SERVICES

6. CONSOMMATION (Drogue – Alcool – Jeu – Médication) Oui Non Non-évalué

(joindre les grilles d'évaluation, s'il y a lieu)

7. CONSENTEMENT

a) L'utilisateur de 14 ans et plus est informé de la demande ? Oui Non, pourquoi ?

Garde légale : Père Mère Autre

Régime de protection : Curatelle Tutelle Mandat d'inaptitude

b) Si applicable, les tuteurs légaux (ex. : parents) sont informés de la demande ? Oui Non, pourquoi ?

c) L'utilisateur est en mesure de comprendre la demande de service ? Oui Non, pourquoi ?

8. COMMENTAIRES

Joindre les rapports pertinents, les évaluations ainsi que les plans d'intervention (si disponible, joindre le profil pharmacologique)

Veillez inscrire les renseignements suivants en caractères d'imprimerie

Date

Nom du référent / titre

Organisme

Numéro de téléphone / poste

Signature : _____

AUTORISATION À TRANSMETTRE LES INFORMATIONS DE L'USAGER Oui Non