



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 père

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

Informations de la mère :

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 : Père Mère Père et mère 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 :

4. BESOINS IDENTIFIÉS			
Par l'usager :			
Par sa famille :			
Par la personne référente :			
5. ACTIONS MISES EN PLACE ET HISTORIQUE DES SERVICES			
6. CONSOMMATION (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>			
7. CONSENTEMENT			
a) L'usager 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"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <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'usager est-il en mesure de comprendre la demande de service? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pourquoi?			
8. COMMENTAIRES			
<input type="checkbox"/> Joindre les rapports pertinents, les évaluations ainsi que les plans d'intervention (si disponible, joindre le profil pharmacologique)			
9. TRANSMISSION DU FORMULAIRE			
<i>Veillez inscrire les renseignements suivants en caractères d'imprimerie</i>			
Date (aaaa-mm-jj) :		Nom du référent/Titre :	
Organisme :			
Téléphone :		Cellulaire :	
Signature :		Courriel :	
AUTORISATION DE TRANSMETTRE LES INFORMATIONS DE L'USAGER : <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>			
10. RÉCEPTION DU FORMULAIRE PAR LE CISSS			
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