



DEMANDE DE SERVICE (RÉFÉRENCE VERS LE CRD LE VIRAGE)

Point de service : _____ Équipe : _____

Nom de l'intervenant : _____ Téléphone : _____

Autres intervenants au dossier : _____

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Numéro de dossier : _____ (à compléter par le CRD Le Virage)

Nom / prénom de l'utilisateur : _____

N° d'assurance maladie : _____ Expiration : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Sexe: F M
(année) (mois) (jour)

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Numéros de téléphone : _____

Autorisation à laisser un message : oui non (résidence) oui non (travail) oui non (autre)

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES DE L'USAGER

Nom / prénom du père : _____ (Nom) _____ (Prénom)

Nom / prénom de la mère : _____ (Nom) _____ (Prénom)

Langue maternelle : _____ Lieu de naissance : Québec.
 Autre. Précisez : _____

Occupation : Bénévolat Congé maladie, parental ou grève En détention Emploi saisonnier en congé
 Études/formation temps plein Études/formation temps partiel Invalidité/incapacité pour travail
 Itinérant Maison à temps plein Recherche emploi Retraite
 Travail temps partiel moins de 35 h/sem. Travail temps complet 35 h et +/sem.

Situation de vie : Couple avec enfant(s) de moins de 18 ans Couple sans enfant Famille monoparentale
 Personne seule Vit avec une ou plusieurs personnes apparentées Vit avec une ou plusieurs personnes non apparentées

État civil : Célibataire Conjoint(e) de fait Divorcé(e) Marié(e) Séparé(e) Veuf (ve)

Avez-vous déjà reçu des services du CRD Le Virage ? Oui. Inscrire le nom du point de service : _____
 Non

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ (Nom) _____ (Prénom)

Numéro de téléphone : _____ Lien avec l'utilisateur : _____

PROBLÉMATIQUE DE L'USAGER RÉFÉRÉ

Alcool Drogues Médicaments Jeux de hasard

OUTILS DE DÉTECTION (à joindre au formulaire)

Audit Dast Déba-jeu DEP-Ado

Score obtenu : _____

DISPONIBILITÉS DE L'USAGER

Avant-midi Après-midi Soirée

COMMENTAIRES

AUTORISATION D'ÉCHANGE D'INFORMATIONS

J'autorise _____ à transmettre au Centre de réadaptation en dépendance Le Virage
(nom de l'intervenant référent)
ce formulaire de référence, les outils de détection complétés et toute information pertinente à la référence.

J'autorise l'intervenant référent à échanger avec l'intervenant du CRD Le Virage des informations concernant le suivi de cette référence.

CETTE AUTORISATION EST VALABLE POUR 90 JOURS.

Je suis informé que je peux modifier ou annuler en tout temps cette autorisation.

Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal

_____/_____/_____
(année) (mois) (jour)

Signature de l'intervenant référent

_____/_____/_____
(année) (mois) (jour)

**SVP FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE SIGNÉ AINSI QUE LA COPIE DE L'OUTIL DE DÉTECTION COMPLÉTÉE
PAR TÉLÉCOPIE À L'ACCUEIL CENTRALISÉ DU CRD AU NUMÉRO SUIVANT : 450 443-0522
ou par courriel : accueil.dependance.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca**