



## 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](mailto:accueil.dependance.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca)**