

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  F  M  
aaaa-mm-jj

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## DEMANDE DE SERVICE - JEUNESSE ET ADULTE RÉFÉRENCE VERS CRD

### DEMANDE DE SERVICE :

JEUNESSE \*(17 ans et moins)  ADULTE  ENTOURAGE

### LANGUE SOUHAITÉE :

FRANÇAIS  ANGLAIS

RÉFÉRENCE DE LA DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (DPJ) incluant les CENTRES JEUNESSES

Campus jeunesse – UNITÉ (si applicable) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Organisation :  Liaison CHCLM  Liaison CHPB  Liaison CHAL Téléphone : \_\_\_\_\_

Autres intervenants au dossier : \_\_\_\_\_

(Nom, prénom)

### SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE DE LIAISON

Département :  221 Urgence physique  223 Urgence pédopsychiatrique  225 Unité de soins en santé physique

222 Urgence psychiatrique  224 Unité de soins en santé mentale  226 Autre dép. de l'hôpital

Précisez : \_\_\_\_\_

### COMMENTAIRE :

### IDENTIFICATION DE L'USAGER

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone - résidence : \_\_\_\_\_ Autorisation de laisser un message  Oui  Non

Téléphone - travail : \_\_\_\_\_ Autorisation de laisser un message  Oui  Non

Cellulaire – autre : \_\_\_\_\_ Autorisation de laisser un message  Oui  Non

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES DE L'USAGER

Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_ (nom) \_\_\_\_\_ (prénom)

Langue maternelle : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance :  Québec  Autre Précisez \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ (nom) \_\_\_\_\_ (prénom)

Adresse courriel : \_\_\_\_\_ Lien avec l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Numéro téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

### ÉTAT CIVIL

Célibataire  Conjoint(e) de fait  Divorcé(e)  Marié(e)

Séparé(e)  Veuf(ve)  Autre : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà reçu des services du CRD du CISSMO (Virage ou Foster)  Oui → Inscrire le nom du point de service \_\_\_\_\_

Non

Nom :

#Dossier :

| OCCUPATION (section adulte)                                   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recherche emploi                     | <input type="checkbox"/> Études/formation temps plein             | <input type="checkbox"/> Études/Formation temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Travail temps complet 35 h et +/sem. | <input type="checkbox"/> Travail temps partiel moins de 35 h/sem. | <input type="checkbox"/> Bénévolat                      |
| <input type="checkbox"/> Congé de maladie, parental ou grève  | <input type="checkbox"/> En détention                             | <input type="checkbox"/> Itinérant                      |
| <input type="checkbox"/> Emploi saisonnier en congé           | <input type="checkbox"/> Invalidité/Incapacité de travailler      | <input type="checkbox"/> Retraite                       |
| <input type="checkbox"/> Maison à temps plein                 | <input type="checkbox"/> Autre : _____                            |   |

| SITUATION DE VIE   |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vit avec une ou plusieurs personnes apparentées | <input type="checkbox"/> Vit avec une ou plusieurs personnes non apparentées ( <i>famille d'accueil, centre jeunesse, etc.</i> ) |   |
| <input type="checkbox"/> Famille monoparentale                           | <input type="checkbox"/> Couple sans enfant  | <input type="checkbox"/> Personne seule |
| <input type="checkbox"/> Couple avec enfant(s) de moins de 18 ans        |  |   |

| PROBLÉMATIQUE DE L'USAGER RÉFÉRÉ |                                 |                                      |   |                              |                                    |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcool  | <input type="checkbox"/> Drogue | <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Jeux de hasard | <input type="checkbox"/> UPI | <input type="checkbox"/> Entourage |

| OUTILS DE DÉTECTION (à joindre au formulaire) |                                      |                                      |                                   |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DEP-ADO              | <input type="checkbox"/> DÉBA Alcool | <input type="checkbox"/> DÉBA Drogue | <input type="checkbox"/> DÉBA Jeu |
| _____   | _____                                | _____                                | _____                             |
| Score obtenu                                  | Score obtenu                         | Score obtenu                         | Score obtenu                      |

| DISPONIBILITÉS DE L'USAGER          |                                     |                                 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Avant-midi | <input type="checkbox"/> Après-midi | <input type="checkbox"/> Soirée |

| DÉCISION SUITE À L'ANALYSE   |  | SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE DE LIAISON            |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abandon de l'utilisateur avant l'analyse  | <input type="checkbox"/> Acceptée                              | <input type="checkbox"/> Non admissible (refusée)     |  |
| <input type="checkbox"/> Orientée : Autre mission réseau           | <input type="checkbox"/> Orientée vers : CH, CHSGS, SHPSY      | <input type="checkbox"/> Orientée vers CJ             |  |
| <input type="checkbox"/> Orientée vers CLSC                        | <input type="checkbox"/> Réf. formelle org. bén. com. socioéc. | <input type="checkbox"/> Réf. formelle vers autre CRD |  |
| <input type="checkbox"/> Réf. formelle org. privé ou communautaire | <input type="checkbox"/> Refus de l'utilisateur                | <input type="checkbox"/> Traitée et terminée          |  |

| COMMENTAIRE : |
|---------------|
|               |

| AUTORISATION D'ÉCHANGE D'INFORMATION   |            |
|--|------------|
| J'autorise _____ à transmettre au Centre de réadaptation en dépendance du CISSS de la Montérégie-Ouest 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 du CISSS de la Montérégie-Ouest des informations concernant le suivi de cette référence.  |            |
| <b>CETTE AUTORISATION EST VALABLE POUR 90 JOURS</b>  |            |
| Je suis informé que je peux modifier ou annuler en tout temps cette autorisation.  |            |
| _____  | _____      |
| Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal  | aaaa-mm-jj |
| _____  | _____      |
| Signature de l'intervenant référent  | aaaa-mm-jj |

**SVP FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE SIGNÉ AINSI QUE LA COPIE DE L'OUTIL DE DÉTECTION COMPLÉTÉ  
À L'ACCUEIL CENTRALISÉ DU CRD du CISSS de la Montérégie-Ouest**

| Montérégie (francophone – anglophone)                          | Montréal (anglophone)   |
|--|---|
| Télécopieur : <b>450 443-0522</b>                              | Télécopieur : <b>514 486-2831</b>                                       |
| Courriel : <b>accueil.dependance.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca</b> | Courriel : <b>accueil.montreal.dependance.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca</b> |

**POUR PLUS D'INFORMATION, JOINDRE L'ACCUEIL CENTRALISÉ**

| Montérégie (francophone – anglophone)                   | Montréal (anglophone)                    |
|---|--|
| Téléphone de l'accueil centralisé : <b>450 443-4413</b> | Téléphone : <b>514 486-1304</b>          |
| Ligne sans frais : <b>1 866 964-4413</b>                | Ligne sans frais : <b>1 866 851-2255</b> |