

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 : _____ Passerelle : _____ Téléphone : _____
 Autres intervenants au dossier : _____
 (Nom, prénom)

SECTION RÉSERVÉE À LA LIAISON HOSPITALIÈRE ET AU PROJET « PASSERELLE »
 Provenance de l'utilisateur : 221 Urgence physique 224 Unité de soins en santé mentale
 222 Urgence psychiatrique 225 Unité de soins en santé physique
 223 Urgence pédopsychiatrique 226 Autre département de l'hôpital
 Précisez : _____

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 Oui → Inscrire le nom du point de service _____
 CRD du CISSMO (Virage ou Foster) ? Non

Nom, Prénom:

#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 travaille	<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

RISQUES ASSOCIÉS				
<input type="checkbox"/> Suicide	<input type="checkbox"/> Homicide	<input type="checkbox"/> Agressivité	<input type="checkbox"/> Désorganisation	<input type="checkbox"/> Autre : _____

OUTILS DE DÉTECTION (à joindre au formulaire)				
<input type="checkbox"/> DEP-ADO : _____ Score	<input type="checkbox"/> DÉBA-ALCOOL : _____ Score	<input type="checkbox"/> DÉBA-DROGUE : _____ Score	<input type="checkbox"/> DÉBA-JEU : _____ Score	<input type="checkbox"/> DÉBA-INTERNET : _____ Score

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

SECTION RÉSERVÉE À LA LIAISON HOSPITALIÈRE ET AU PROJET « PASSERELLE »

DÉCISION SUITE À L'ANALYSE		
<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

TRANSMISSION DE L'INFORMATION RISQUE SUICIDAIRE ET HOMICIDAIRE (si applicable)	
<input type="checkbox"/> Services externes dépendance	<input type="checkbox"/> Services internes Saint-Philippe
<input type="checkbox"/> Services ambulatoires de gestion de sevrage d'alcool	<input type="checkbox"/> Services internes Saint-Hubert

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.

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	_____ aaaa-mm-jj
_____ Signature du 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 : 450 443-0522	Télécopieur : 514 486-2831
Courriel : accueil.depndance.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca	Courriel : accueil.montreal.depndance.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

POUR PLUS D'INFORMATION, JOINDRE L'ACCUEIL CENTRALISÉ

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