



SMD001

No dossier : _____
Nom : _____
Prénom : _____
DDN : _____

RÉFÉRENCE AUX GUICHETS D'ACCÈS SANTÉ MENTALE

***JEUNE** **ADULTE**

1. PERSONNE CONCERNÉE PAR LA RÉFÉRENCE

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ / _____ / _____ Âge : _____ Sexe : F M
RAMQ : _____ Expire le : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Adresse courriel : _____
Téléphone (domicile) : _____ Autre numéro : _____
Langue usuelle : Français Anglais Autre : _____
*Nom mère ou tuteur légal : _____ Téléphone : _____
*Nom père ou tuteur légal : _____ Téléphone : _____

2. MOTIF DE LA RÉFÉRENCE ET MÉDICATION

Motifs de la personne concernée par la référence : _____

Motifs de la référence : _____

Impression diagnostique ou diagnostic (si connu) : _____

Médication : _____

Problème de dépendance : Non Oui Si oui, lequel : _____
Risque suicidaire : Non Oui Si oui, lequel : _____
Danger envers autrui : Non Oui Si oui, lequel : _____
Autres suivis ou observations : _____

3. COORDONNÉES DU RÉFÉRENT

NOM : _____ Titre : _____ No de permis (médecin) : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Organisme : _____
Services actuellement offerts par le référent : _____

Nom du médecin de famille (si différent) : _____
Signature : _____ Date : _____

4. AUTORISATION DE COMMUNICATION

Par la présente, l'usager (de 14 ans et plus ou le titulaire de l'autorité parentale) consent à l'envoi de la fiche de référence au guichet d'accès du CSSS _____ et consent à procéder à l'évaluation de la demande.
Signature de l'usager : _____ Date _____

N.B. VEUILLEZ JOINDRE TOUT DOCUMENT PERTINENT À L'ÉTUDE DU DOSSIER, TEL QUE : ÉVALUATIONS ANTÉRIEURES, RAPPORTS MÉDICAUX, ETC.

Ne pas écrire dans la marge

Ne pas écrire dans la marge