



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'utilisateur (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'utilisateur : \_\_\_\_\_ 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