

## RÉFÉRENCE VERS LE CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE (CRD) DU CIUSSS CENTRE-SUD DE L'ÎLE DE MONTRÉAL (CCSMTL)

Pour les usagers francophones ou allophone, svp faire parvenir par courriel le formulaire de référence, l'outil de détection complété, si disponible à l'adresse suivante :

[guichet.dependance.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichet.dependance.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)

### SECTION 1 - INFORMATIONS SUR LE RÉFÉRENT

Organisme/Établissement : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant(e) : \_\_\_\_\_ Titre professionnel : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### SECTION 2 - IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  H  X

RAMQ : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du parent 1 : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du parent 2 : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

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

SDF/Pas d'adresse Préciser le secteur de la ville fréquenté par l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Téléphone #1 : \_\_\_\_\_ Téléphone #2 : \_\_\_\_\_

Ne pas laisser de message sur la boîte vocale

Pas de numéro de téléphone

Préciser : Personne/organisme où on peut rejoindre l'utilisateur : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Personne à joindre en cas d'urgence : Nom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Femme enceinte  Oui  Non

Parent d'un enfant âgé de 5 ans et moins, pour qui il a la garde  Oui  Non

### SECTION 3 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Langue maternelle : \_\_\_\_\_ Langue demandée : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance :  Québec Autre : \_\_\_\_\_

Nationalité :  Canadienne  Autre : \_\_\_\_\_ Pays d'origine : \_\_\_\_\_

Autochtone : No. de bande/Identification : \_\_\_\_\_

Nom de la communauté : \_\_\_\_\_

Vit dans la communauté :  Oui  Non

État civil :  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Séparé(e)  Conjoint(e) de fait  Autre

Occupation :  Aide sociale  Travail  Études  Retraite  Chômage  Autre

École fréquentée : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

### SECTION 4 - DESCRIPTION DE LA DEMANDE

Usager déjà connu d'un CRD :  Oui  Non  Ne sait pas Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Motif de la consultation en lien avec la présente dépendance :

Demande pour une personne ayant une dépendance :

Aux substances psychoactives (alcool, drogue)

Aux jeux de hasard et d'argent

À l'utilisation des écrans

Demande pour un membre de l'entourage d'une personne ayant une dépendance

Outil de dépistage complété  Oui Joindre la copie de l'outil de dépistage à la référence

Non : Préciser :

Je n'ai pas la formation pour compléter l'outil de dépistage

Requête médicale spécifique à la dépendance jointe

Autre raison : \_\_\_\_\_

Description du motif de référence/éléments déclencheurs pertinents à la demande :

---

---

---

Particularités en lien avec : dépendance, santé, médication, diagnostics ou toutes autres conditions particulières: \_\_\_\_\_

---

---

---

Besoins et attentes identifiés :

Par le référent : \_\_\_\_\_

Par l'utilisateur : \_\_\_\_\_

## SECTION 5 - RISQUE ET VULNÉRABILITÉ DE L'USAGER

L'utilisateur présente-t-il des idées suicidaires présentement ?  Oui  Non

Résultat de la grille suicidaire : \_\_\_\_\_

**Si oui, quel est le filet de sécurité qui a été mis en place ? Décrire brièvement**

---

---

L'utilisateur est-il à risque d'un passage à l'acte violent ?  Oui  Non

**Si oui, quel est le filet de sécurité qui a été mis en place ? Décrire brièvement**

---

---

## SECTION 6 INFORMATIONS PERTINENTES POUR L'ORIENTATION

(par exemple pour la clientèle jeunesse, le cas échéant : site d'hébergement, site du suivi intensif, motif de placement, services offerts par les partenaires et à quel endroit, etc.; Pour la clientèle adulte, le cas échéant : suivi actuel de l'utilisateur, dans quel service, service en attente, etc.)