

Formulaire de référence STMU-HND

Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Services des toxicomanies et de médecine urbaine_Hôpital Notre-Dame

Date : _____ # dossier HND (si connu) : _____ SIC-CRD : _____

Nom de l'utilisateur : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ RAMQ : _____ exp : ____/____

Adresse : _____ Municipalité : _____ Code postal : _____

No tél (cell / travail) : _____

☐ Sans domicile fixe ☐ En hébergement : _____

Motif de référence au STMU : Compléter les informations obligatoires ci-dessous.

Gestion du sevrage à l'externe Évaluation médicale / infirmière en vue d'une admission hospitalière

Évaluation en ergothérapie Évaluation en neuropsychologie CARD

Merci de clarifier l'objectif de la demande et d'y inclure le plan

Coordonnées des intervenants au dossier :

Nom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Tél : _____

Disponibilités pour vous rejoindre : _____ Prochain rdv du pt si connu : _____

Informations complémentaires :

Consommation actuelle (substance(s) et quantité(s)) : _____

Date de la dernière consommation : _____

Antécédents de complications (convulsions, DT), si oui date : _____

Antécédents médicaux, psychiatriques : _____

Environnement est-il sécuritaire pour un sevrage externe : _____

Sevrage externe déjà tenté, si oui date : _____

Veuillez nous faire parvenir ce formulaire de référence au 514-760-1055

ou par courriel au stmu.hnd.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Pour toutes questions en lien avec la référence d'un usager, contactez-nous au 514-413-8736