



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