

Référence à la clinique externe  
Service de toxicomanie et de médecine urbaine (STMU)  
Hôpital Notre-Dame

---

Date : \_\_\_\_\_

Provenance de la demande

Organisme ou établissement : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Nom du référent \* : \_\_\_\_\_ Téléphone \* : \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Identification de l'utilisateur (ou joindre la fiche d'identification de l'utilisateur)

Nom de l'utilisateur \* : \_\_\_\_\_ Prénom \* : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

RAMQ \* : \_\_\_\_\_ exp : \_\_\_\_/\_\_\_\_ Si non cocher

Adresse \* : \_\_\_\_\_ Municipalité : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \* : \_\_\_\_\_

(\* ) Informations obligatoires

Motif de référence

Brève description de la situation de l'utilisateur Attentes du référent ou de l'utilisateur :

---

---

---

---

---

---

---

Faire parvenir ce document par courriel au ou par fax

**Veillez joindre tout document pertinent à l'évaluation tel que : évaluations antérieures, rapports médicaux, etc...**