

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...