



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'utilisateur (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'utilisateur : _____ 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