

MOXA160463

MOCLI60463

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

INSCRIPTION – PROJET DOSES NATURE

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT			
Demande effectuée par le service externe du Centre de réadaptation en dépendance (CRD) du CISSS de la Montérégie-Ouest :			
☐ Candiac	☐ Longueuil	☐ Montréal	☐ Saint-Hubert
☐ Saint-Hyacinthe	☐ Saint-Jean-sur-Richelieu	☐ Salaberry-de-Valleyfield	☐ Sorel-Tracy
Nom de l'intervenant du CRD du CISSS de la Montérégie-Ouest : _____		Téléphone : _____	Poste : _____
Nom de l'intervenant en soutien : (Si en congé, vacances) _____		Téléphone : _____	Poste : _____

IDENTIFICATION DE L'USAGER			
Adresse : _____			
Ville : _____		Code postal : _____	
Numéros de téléphone : _____ ()			
	Résidence	Cellulaire	Campus Poste
Garde légale :	☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur	☐ Foyer de groupe	☐ Autre : Précisez : _____
Vit chez :	☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur	☐ Famille d'accueil	☐ CJM
☐ Tuteur est informé de la demande	Téléphone : _____		()
	Résidence	Autre	Poste
☐ Famille d'accueil est informée de la demande	Téléphone : _____		()
	Résidence	Autre	Poste

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES			
Nom, prénom du père : _____			
Nom		Prénom	
Adresse : _____			
Adresse		Ville	Code postal
Adresse courriel : _____			
☐ Informé de la demande : _____			
	Téléphone Résidence	Cellulaire	Travail Poste

Adresse de la mère: _____			
Adresse		Ville	Code postal
Adresse courriel : _____			
☐ Informée de la demande : _____			
	Téléphone Résidence	Cellulaire	Travail Poste

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
Personne à contacter :	_____
	Nom Prénom
Numéro de téléphone :	_____
	Téléphone Lien avec l'utilisateur

Nom, prénom :

#Dossier :

PORTRAIT DE L'ADOLESCENT			
SVP joindre : ☐ Synthèse IGT-ADO ☐ Synthèse UPI		Risque de sevrage présentement? ☐ Oui ☐ Non	
		Si oui, précisez : _____	
OBJECTIFS AU PI			
CRITÈRES DE VIGILANCE			
Critères		Explications et recommandations	
▪ Niveau d'engagement mitigé			
▪ Risques suicidaire / homicidaire			
▪ Présence de facteurs de risque en santé mentale			
▪ Condition de santé physique			
▪ Non observance de la médication prescrite			
▪ Autres éléments pertinents (par exemple : relations interpersonnelles avec adolescents inscrits)			
AUTORISATION D'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS			
Je consens, par la présente, à ce qu'un échange de renseignements me concernant ait lieu entre les services spécialisés en dépendance de l'établissement identifié ci-dessous et Le Grand Chemin Inc., en lien avec mon admission à l'intervention en contexte de nature et d'aventure.			
	Initiales de l'utilisateur		Initiales de l'utilisateur
☐ CISSS de l'Outaouais		☐ CIUSSS de la Capitale-Nationale	
☐ CISSS de Lanaudière		☐ CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	
☐ CISSS de Laval		☐ CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	
☐ CIUSSS de l'Estrie – CHU de Sherbrooke		☐	
☐		☐	
Cette autorisation est valable pour quatre-vingt-dix (90) jours.			
Je suis informé(e) que je peux retirer mon consentement en tout temps, si je choisis de retirer mon inscription.			
Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal :		Date :	aaaa-mm-jj
Signature du parent : (si l'utilisateur est âgé de moins de 14 ans)		Date :	aaaa-mm-jj
Témoin à la signature :		Date :	aaaa-mm-jj
LORSQUE COMPLÉTÉ, LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE ACHÉMINÉ À L'ADRESSE COURRIEL SUIVANTE :			
doses.nature.ciSSsmo16@ssss.gouv.qc.ca			