



MOCLI60508

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

DEMANDE DE SERVICE CONSULTATION AUX SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX

Demande de service pour ☐ Individu ☐ Couple ☐ Famille

Si la référence concerne couple ou famille, remplir un formulaire pour chaque personne.

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____
Adresse de l'utilisateur : _____ Appartement : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Autorisation de laisser un message : ☐ Oui ☐ Non
Courriel : _____ Autorisation de laisser un message : ☐ Oui ☐ Non
Nom du représentant légal : _____ Lien avec l'utilisateur : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____

AUTRES USAGERS CONCERNÉS PAR LA DEMANDE

Nom, Prénom : _____ Lien : _____
Nom, Prénom : _____ Lien : _____

MOTIF(S) DE LA DEMANDE DE SERVICE

FACTEURS DE RISQUE ET VULNÉRABILITÉ

Problème de consommation ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____
Risque suicidaire ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____
Danger envers autrui ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____
Autres, précisez : _____

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Diagnostic(s) : _____
Médicaments : _____
Autres : _____

Nom : Prénom : #Dossier :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX

SERVICES ANTÉRIEURS ET ACTUELS

Professionnel/Organisme : _____	Date : _____ aaaa/mm/jj
Professionnel/Organisme : _____	Date : _____ aaaa/mm/jj

ATTENTES DU RÉFÉRENT

ATTENTES DE L'USAGER

CONSENTEMENT DE L'USAGER

☐ Oui ☐ Non Je consens à la demande de référence et à l'ouverture de mon dossier.

☐ Oui ☐ Non J'autorise pour une période de 90 jours à l'échange d'informations entre _____ et le CISSS de la Montérégie-Ouest afin de permettre l'analyse complète de cette demande.

☐ Oui ☐ Non Je suis informé(e) que je peux modifier ou annuler en tout temps cette autorisation.

☐ Oui ☐ Non L'utilisateur a consenti verbalement

Signature de l'utilisateur: _____ Date : _____
aaaa/mm/jj

Signature de la personne autorisée *: _____ Date : _____
aaaa/mm/jj

* Pour mineur de 14 ans ou moins et
majeur ou mineur de 14 ans et plus inapte à consentir

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Nom : _____	Prénom : _____
Profession : _____	Organisation : _____
Ville : _____	Code postal : _____
Téléphone : _____	Autre téléphone (précisez) : _____
Courriel : _____	Téléphone: _____
Mode de communication privilégié par le référent : ☐ Courriel ☐ Téléphone ☐ Autre : _____	
Signature : _____	Date : _____ aaaa/mm/jj

Nom :

Prénom :

#Dossier :

FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE ET LES DOCUMENTS PERTINENTS À L'ACCUEIL PSYCHOSOCIAL	
Sélectionner et cocher la destination de la référence	
☐ Secteur Châteauguay Téléphone : 450-699-3333 #3286 Télécopieur : 450-691-6202 Courriel : aao-chateauguay.jr.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca	☐ Secteur Suroît Téléphone : 450-371-0143 #203210 Télécopieur : 450-371-2136 Courriel : aao-valleyfield.suroit.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca
☐ Secteur Kateri Téléphone : 450-659-7661 #1349 Télécopieur : 450-444-6260 Courriel : aao-kateri.jr.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca	☐ Secteur Vaudreuil-Soulanges Téléphone : 450-455-6171 #270049 Télécopieur : 450-424-8220 Courriel : aaor-vs.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca
☐ Secteur Jardins du Québec (St-Rémi et Napierville) Téléphone : 450-454-4671 #1329 Télécopieur : 450-454-4538 Courriel : aao-jq.jr.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca	☐ Secteur Haut-Saint-Laurent Téléphone : 450-829-2321 #351299 Télécopieur : 450-264-4542 Courriel : aao-hsl.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca
☐ Secteur Beauharnois Téléphone : 450-429-6455 #203344 Télécopieur : 450-429-1119 Courriel : aao-beauharnois.jr.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca	