Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

MOCLI60149

Dossier : _____

Nom, prénom : [ ]

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

DEMANDE DE SERVICE POUR UN SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE (SIV)

MÉCANISME D'ACCÈS EN SANTÉ MENTALE			
☐ **Jardins-Roussillon**	☐ **Suroît**	☐ **Vaudreuil-Soulanges**	☐ **Haut St-Laurent (SIF)**
✆ : 450 638-0894 p. 7200 🖷 : 450 638-8505 sante.mentale.1ereligne. cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca	✆ : 450 373-6252 p. 5840 🖷 : 450-373-0751 gasma.sr.cisssmo16 @ssss.gouv.qc.ca	✆ : 450-455-6171 p. 70305 🖷 : 450 455-8162 gasma.vs.cisssmo16 @ssss.gouv.qc.ca	✆ : 579-491-0148 🖷 : 450 264-4542 sif.hsl.cisssmo16 @ssss.gouv.qc.ca
Date de la référence : _____ aaaa/mm/jj _____		Heure : _____ hh:mm _____	

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Langue(s) parlée(s) : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____

Particularités : _____

Adresse : _____

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Nom, Prénom du référent : _____ Service : _____

Établissement : _____ Profession : _____

Téléphone: _____ Télécopieur : _____

PARTENAIRE(S) IMPLIQUÉ(S)

Nom, Prénom : _____ Profession : _____ Téléphone : _____

Nom, Prénom : _____ Profession : _____ Téléphone : _____

Nom, Prénom : _____ Profession : _____ Téléphone : _____

INFORMATIONS PERTINENTES

Diagnostics principaux de troubles de santé mentale graves posés par un professionnel habilité : _____

Diagnostics associé(s) / comorbidité(s) : _____

Problème judicaire/ dangerosité : _____

Problème de consommation / dépendance / habitudes reliées à la consommation : _____

Historique des hospitalisations dans les 2 dernières années / fréquence des visites à l'urgence : _____

Nom, prénom : [ ] #Dossier : [ ]

ANTÉCÉDENTS DE SUIVI EN SANTÉ MENTALE ET/OU DÉPENDANCE

BESOINS DE RÉADAPTATION			
	OUI	**NON**	Commentaire(s) (si oui, vous devez préciser)
Manque de collaboration pour les rendez-vous médicaux	☐	☐	
Non-observance à la médication	☐	☐	
Instabilité résidentielle	☐	☐	
Difficultés avec les activités de vie domestique et quotidienne	☐	☐	
Désaffiliation sociale	☐	☐	
Difficulté avec la gestion financière	☐	☐	
Difficulté pour l'emploi ou l'occupation du temps	☐	☐	
Difficulté à se déplacer(utilisation du transport en commun, etc.)	☐	☐	
Difficulté à utiliser les ressources de la communauté	☐	☐	

Projet de vie, besoins ou aspirations identifiés par l'usager : _____

Informations pertinentes / recommandations : _____

Signature et titre du référent : _____ Date : aaaa/mm/jj

☐ L'usager consent à la demande de service au soutien d'intensité variable et à l'ouverture de son dossier.
☐ L'usager consent au transfert d'informations aux programmes de soutien d'intensité variable de l'organisme communautaire de la région et du CISSSMO afin de permettre l'analyse complète de la demande.

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

☐ A consenti verbalement