



MOCLI60367

Installation : _____

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

DEMANDE DE SERVICE - JEUNESSE ET ADULTE RÉFÉRENCE VERS CRD

DEMANDE DE SERVICE :

☐ JEUNESSE *(17 ans et moins) ☐ ADULTE ☐ ENTOURAGE

LANGUE SOUHAITÉE :

☐ FRANÇAIS ☐ ANGLAIS

☐ RÉFÉRENCE DE LA DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (DPJ) incluant les CENTRES JEUNESSE

Campus jeunesse – UNITÉ (si applicable) : _____

Adresse : _____

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Nom : _____ Prénom : _____

Organisation : ☐ Liaison : _____ ☐ Passerelle : _____ Téléphone : _____

Autres intervenants au dossier : _____ Disponibilité pour échange : _____

(nom, prénom)

SECTION RÉSERVÉE À LA LIAISON HOSPITALIÈRE ET AU PROJET « PASSERELLE »

Provenance de l'utilisateur : ☐ 221 Urgence physique ☐ 224 Unité de soins en santé mentale

☐ 222 Urgence psychiatrique ☐ 225 Unité de soins en santé physique

☐ 223 Urgence pédiopsychiatrique ☐ 226 Autre département de l'hôpital

Précisez : _____

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone - résidence : _____ Autorisation de laisser un message ☐ Oui ☐ Non

Téléphone - travail : _____ Autorisation de laisser un message ☐ Oui ☐ Non

Cellulaire – autre : _____ Autorisation de laisser un message ☐ Oui ☐ Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES DE L'USAGER

Nom et prénom du père : _____ (nom) _____ (prénom)

Langue maternelle : _____ Lieu de naissance : ☐ Québec ☐ Autre Précisez : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ (nom) _____ (prénom)

Adresse courriel : _____ Lien avec l'utilisateur : _____

Numéro téléphone : _____ Cellulaire : _____

ÉTAT CIVIL

☐ Célibataire ☐ Conjoint-e de fait ☐ Divorcé-e ☐ Marié-e

☐ Séparé-e ☐ Veuf-ve ☐ Autre : _____

Avez-vous déjà reçu des services du CRD du CISSS de la Montérégie-Ouest (Virage ou Foster) ? ☐ Oui ☐ Non

OCCUPATION (section adulte)

☐ Recherche emploi

☐ Études/formation temps plein

☐ Études/Formation temps partiel

☐ Travail temps complet 35 h et +/sem.

☐ Travail temps partiel moins de 35 h/sem.

☐ Bénévolat

☐ Congé de maladie, parental ou grève

☐ En détention

☐ Itinérant

☐ Emploi saisonnier en congé

☐ Invalidité / Incapacité de travailler

☐ Retraite

☐ Maison à temps plein

☐ Autre : _____

SITUATION DE VIE

☐ Vit avec une ou plusieurs personnes apparentées

☐ Vit avec une ou plusieurs personnes non apparentées (famille d'accueil, centre jeunesse, etc.)

☐ Famille monoparentale

☐ Couple sans enfant

☐ Personne seule

☐ Couple avec enfant-s de moins de 18

PROBLÉMATIQUE DE L'USAGER RÉFÉRÉ

☐ Alcool

☐ Drogue

☐ Médicaments

☐ Jeux de hasard

☐ UPI

RISQUES ASSOCIÉS (à joindre à ce formulaire)

☐ Suicide

☐ Homicide

☐ Agressivité

☐ Désorganisation

☐ Autre : _____

OUTILS DE DÉTECTION (à joindre à ce formulaire obligatoirement)

☐ DEP-ADO : _____

☐ DÉBA-ALCOOL : _____

☐ DÉBA-DROGUE : _____

☐ DÉBA-JEU : _____

☐ DÉBA-INTERNET : _____

Score

Score

Score

Score

Score

DISPONIBILITÉS DE L'USAGER

☐ Avant-midi

☐ Après-midi

☐ Soirée

SECTION RÉSERVÉE À LA LIAISON HOSPITALIÈRE ET AU PROJET « PASSERELLE »

DÉCISION SUITE À L'ANALYSE

☐ Abandon de l'utilisateur avant l'analyse

☐ Acceptée

☐ Non admissible (refusée)

☐ Orientée : Autre mission réseau

☐ Orientée vers : CH, CHSGS, CHPSY

☐ Orientée vers CJ

☐ Orientée vers CLSC

☐ Réf. formelle org. bén. com. socioéc.

☐ Réf. formelle vers autre CRD

☐ Réf. formelle org. privé ou communautaire

☐ Refus de l'utilisateur

☐ Traitée et terminée

TRANSMISSION DE L'INFORMATION RISQUE SUICIDAIRE ET HOMICIDAIRE (si applicable)

☐ Services de réadaptation en dépendance

☐ Services ambulatoires de gestion de sevrage d'alcool

☐ Services de gestion de l'intoxication et du sevrage

COMMENTAIRE

AUTORISATION D'ÉCHANGE D'INFORMATION (obligatoire)

J'autorise _____ à transmettre au Centre de réadaptation en dépendance du CISSS de la Montérégie-Ouest ce formulaire de référence, les outils de détection complétés et toute information pertinente à la référence. J'autorise l'intervenant référent à échanger avec l'intervenant du CRD du CISSS de la Montérégie-Ouest des informations concernant le suivi de cette référence.

CETTE AUTORISATION EST VALABLE POUR 90 JOURS

Je suis informé que je peux modifier ou annuler en tout temps cette autorisation.

Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal

aaaa-mm-jj

Signature du référent

aaaa-mm-jj

☐ Autorisation reçue le : _____

aaaa-mm-jj

SVP FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE SIGNÉ AINSI QUE LA COPIE DE L'OUTIL DE DÉTECTION COMPLÉTÉ (OBLIGATOIRE) À L'ACCUEIL CENTRALISÉ DU CRD DU CISSS DE LA MONTRÉGIE-OUEST

Montérégie (francophone – anglophone)

Télécopieur : 450 443-0522

Courriel : accueil.dependance.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca

Montréal (anglophone)

Télécopieur : 514 486-2831

Courriel : accueil.montreal.dependance.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca

POUR PLUS D'INFORMATION, JOINDRE L'ACCUEIL CENTRALISÉ

Montérégie (francophone – anglophone)

Téléphone de l'accueil centralisé : 450 443-4413

Ligne sans frais : 1 866 964-4413

Montréal (anglophone)

Téléphone : 514 486-1304

Ligne sans frais : 1 866 851-2255