

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

DÉPART DE L'USAGER – PSYCHOSOCIAL HÉBERGEMENT DÉPENDANCE

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT	
Nom du référent : _____	Point de service : _____ aaaa/mm/jj
Date d'admission : _____ aaaa/mm/jj	Date prévue de fin de séjour : _____ aaaa/mm/jj
Date de départ : _____ aaaa/mm/jj	

ISSUE DE LA DÉMARCHÉ	
☐ Départ prématuré Par la présente, je tiens à mettre fin volontairement à ma démarche de réadaptation au service interne et je dégage le CRD de tout responsabilité à mon égard. Motif(s) du départ prématuré (raisons rapportées par l'utilisateur) : _____ _____	
☐ Refus de soins et services Par la présente, je reconnais refuser de mon plein gré, et en toute connaissance de cause, les soins et services qui me sont offerts. J'ai été informé, par le personnel infirmier des risques possibles liés au refus de traitement. Motif(s) du refus de soins et services : _____ _____	
☐ Renvoi Motifs du renvoi : _____ _____	
☐ Réorientation ☐ Transfert en CH → Motifs : _____ _____	

PLAN DE SORTIE DE L'USAGER			
☐ Présence d'envies de consommer	☐ Oui ☐ Non	☐ Si Oui , échange fait sur la prévention de la rechute	
☐ Présences d'idées suicidaires	☐ Oui ☐ Non	☐ Si Oui , voir la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (CLI-60242)	
☐ Présences d'idées homicidaires	☐ Oui ☐ Non	☐ Si Oui , voir la Grille homicidaire	
☐ Rendez-vous planifié	☐ Oui ☐ Non	☐ Si Non , l'utilisateur a-t-il été avisé de contacter le service externe pour une prise de rendez-vous?	
☐ Rappel rendez-vous en service externe.	Date : _____	Intervenant : _____	
☐ L'utilisateur a accepté de communiquer avec un proche pour l'aviser de son départ	☐ Oui ☐ Non	Personne contactée : _____	

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	

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

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