

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

FICHE D'IDENTIFICATION MÉCANISME D'ACCÈS JEUNESSE DÉPENDANCE

ORIENTATION DE L'USAGER

Usager orienté vers :

☐ Le Grand Chemin

☐ Portage

☐ Pavillon du Nouveau Point de Vue

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Demande effectuée par le service externe du Centre de réadaptation en dépendance (CRD) du CISSS de la Montérégie-Ouest :

☐ Candiac

☐ Granby

☐ Longueuil

☐ 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

Téléphones :

Résidence

Autre

Poste

☐ Famille d'accueil est informée
de la demande

Téléphones :

Résidence

Autre

Poste

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Nom, prénom du père :

Nom

Prénom

Adresse :

Adresse

Ville

Code postal

☐ Informé de la demande :

Résidence

Cellulaire

Travail

Poste

Adresse de la mère :

Adresse

Ville

Code postal

☐ Informée de la demande :

Résidence

Cellulaire

Travail

Poste

Nom :

#Dossier :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter :

Nom

Prénom

Numéro de téléphone :

Téléphone

Lien avec l'utilisateur

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE / PROFIL PHARMACOLOGIQUE

Avez-vous des problèmes connus :

▪ Allergies

☐ Non

☐ Oui

Précisez :

▪ Prenez-vous des médicaments prescrits?

☐ Non

☐ Oui

Précisez :

Êtes-vous à risque de sevrage présentement?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, précisez :

ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

Présence de la grille d'estimation à la dangerosité du passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) au dossier?

☐ Oui

☐ Non

Cotation de la dernière GEDPAS :

Fait en date du :

aaaa-mm-jj

Avez-vous des problèmes d'ordre psychologique et émotionnel?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, précisez :

Êtes-vous présentement suivi par le CJM

☐ Oui

☐ Non

Nom du travailleur social :

Téléphone

Poste

**JOINDRE LA GEDPAS À LA FICHE D'IDENTIFICATION ET INFORMER
DE L'ÉVOLUTION DE L'USAGER, SI CHANGEMENT.**

AUTORISATION D'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS

Je consens, par la présente, à ce qu'un échange de renseignements me concernant ait lieu (entre les divers services spécialisés) en rapport avec mon admission et ma démarche en milieu résidentiel.

CETTE AUTORISATION EST VALABLE POUR QUATRE-VINGT-DIX (90) JOURS.

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

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