

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE (pour les professionnels)

Collant
(pour usage SM+T
seulement)

Centre régional de santé mentale et toxicomanie

Équipe de crise ♦ Service de traitement en santé mentale
 ♦ Toxicomanie ♦ ECTI ♦ Gériatopsychiatrie
 580 rue Spence, Hawkesbury, On K6A 0B4
 1-844-304-1414 / Fax: (613) 632-7450

INFORMATION CONCERNANT LE RÉFÉRENT

Agence / Source: _____ Nom du référent: _____

Téléphone: _____ Fax: _____

Date de la référence (jj/mm/aaaa): _____

Est-ce que cette demande est ordonnée?

N/A

Condition de probation/Ordonnée par la Cour

Protection de l'aide à l'enfance

INFORMATION CONCERNANT LE CLIENT

Nom: _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa): _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province : _____ Code postal: _____

Langue de préférence: Anglais ___ Français ___ Autre: _____

Téléphone maison: _____ Un message peut être laissé à ce numéro? Oui Non

Autre numéro: _____ Un message peut être laissé à ce numéro? Oui Non

Nom du médecin/psychiatre: (si différent du référent) _____

Carte santé #: _____ Code-V: _____ Date d'expiration (mm/aaaa): _____

Personne contact pour le premier rendez-vous ou pour urgence: _____

Relation avec le client: _____

Procuration au soin? ___ Oui ___ Non

Numéro de téléphone: _____

Autre: _____

SERVICES DEMANDÉS

Services en santé mentale (*individus âgés de 16 ans ou plus*) Toxicomanie (*Individus âgés de 12 ans ou plus*) Les 2 services

S.V.P. Spécifiez le type de service demandé:

INFORMATION CONCERNANT LA SITUATION DU CLIENT

Facteurs de risque:

- ♦ Auto-mutilation/ Suicide Oui Non Commentaire: _____
- ♦ Risque homicidaire et/ou de violence Oui Non Commentaire: _____
- ♦ Isolement social Oui Non Commentaire: _____
- ♦ Problèmes avec la loi Oui Non Commentaire: _____
- ♦ Fugues / Errance Oui Non Commentaire: _____
- ♦ Risque d'abus / Inquiétudes pour la sécurité Oui Non Commentaire: _____
- ♦ Baisse du niveau de fonctionnement
(soins personnels, finances, maison, gestion des médicaments) Oui Non Commentaire: _____
- ♦ Autres: _____ Commentaire: _____

S.V.P. Décrire la situation du client (i.e. évènements, facteurs de stress, abus de substances):

Symptomatologie / Statut médical (diagnostics, médication):

CONSENTEMENT

Est-ce que le client est informé de cette demande de services? Oui Non

MÉDECIN DE FAMILLE TRAITANT

Nom du médecin de famille (lettres moulées): _____ Numéro de facturation : _____

Signature

Date