

**Centre régional de santé mentale et toxicomanie**

Équipe de crise ♦ Service de traitement en santé mentale ♦ Toxicomanie ♦ ECTI ♦ Gériotropsychiatrie

**ROT09**

580 rue Spence, Hawkesbury, On K6A 0B4  
1-844-304-1414 / Fax: (613) 632-7450

**INFORMATION DU CLIENT**

Nom: \_\_\_\_\_ Date de naissance (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_  
 Langue parlée: Anglais \_\_\_ Français \_\_\_ Autre: \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Peut-on laisser un message?  Oui  Non  
 Autre numéro : \_\_\_\_\_ Peut-on laisser un message?  Oui  Non  
 Nom du médecin/psychiatre : \_\_\_\_\_  
 Numéro carte santé: \_\_\_\_\_ Code-V: \_\_\_\_\_ Date d'expiration (mm/aaaa) : \_\_\_\_\_  
 Personne contact pour le premier rendez-vous ou pour urgence: \_\_\_\_\_  
 Relation avec vous: \_\_\_\_\_ Procuration au soin? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non  
 Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_ Autre: \_\_\_\_\_

**INFORMATION CONCERNANT LE SERVICE DEMANDÉ**

Services de santé mentale (16 ans et plus)       Service de toxicomanie (12 ans et plus)       Les deux services

Spécifiez le type de service demandé :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Est-ce que cette demande est mandatée :

N/A       Service de protection à l'enfance       Condition de probation/ Ordre de la Cour

**INFORMATION IMPORTANTE CONCERNANT VOTRE SITUATION**

**Facteurs de risques**

- ♦ Êtes-vous à risque de vous faire du mal? Êtes-vous suicidaire?  Oui  Non
- ♦ Êtes-vous à risque de blesser quelqu'un d'autre?  Oui  Non
- ♦ Vous sentez-vous isolé socialement?  Oui  Non
- ♦ Avez-vous des démêlés avec la justice en ce moment?  Oui  Non
- ♦ Êtes-vous présentement victime de violence/abus?  Oui  Non

Est-ce qu'il y a quelque chose d'important que vous pensez que nous devrions savoir?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Complété par la secrétaire; contacte téléphonique      Nom de la secrétaire: \_\_\_\_\_