

Numéro de dossier :	_____
Nom, prénom :	_____
Date de naissance :	_____
RAMQ :	_____ Date d'expiration: _____

Demande de services – Suivi Intensif dans le Milieu (SIM)

1. IDENTIFICATION DE L'USAGER	
Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Vit : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Colocation <input type="checkbox"/> Famille
Adresse :	<input type="checkbox"/> Résidence privée <input type="checkbox"/> Réseau
	<input type="checkbox"/> Autres (spécifier) :
Médecin de famille :	N° de téléphone : () -
Nom :	Personne(s) significative(s) :
N° de téléphone : () -	Lien :
	N° de téléphone : () -

2. IDENTIFICATION DU REFÉRENT	
Nom:.....	Téléphone : ().....;Télécopieur : ().....
Titre : Permis :	Établissement :

3. PRINCIPALES RAISONS D'UNE DEMANDE DE SUIVI INTENSIF
.....

4. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ (cocher les critères présents chez l'utilisateur)
<input type="checkbox"/> La personne est âgée de plus de 18 ans.
<input type="checkbox"/> La personne souffre de troubles psychotiques graves (schizophrénie et troubles bipolaires). Préciser : Axe I : Axe II :
La personne est réfractaire aux traitements psychiatriques traditionnels : <input type="checkbox"/> Ne se présente pas à ses rendez-vous, <input type="checkbox"/> Refuse de prendre la médication de façon régulière (<input type="checkbox"/> sous APAP <input type="checkbox"/> sous Clozaril) <input type="checkbox"/> Des essais de suivis dans des services autres ont été faits (ex. SIV ou clinique externe).
La personne présente une symptomatologie mal maîtrisée : <input type="checkbox"/> Fait des visites fréquentes à l'urgence, <input type="checkbox"/> Présente plusieurs hospitalisations dans les deux dernières années (ou la durée a été exceptionnellement longue: + de 30 jours/hospit.)

La personne a des incapacités fonctionnelles importantes :

- sous régime de protection. Préciser :
- déficits AVQ-AVD,
- maintien d'un réseau social,
- déficits fonctionnels importants au niveau de l'emploi.

La personne peut avoir :

- des problèmes de toxicomanie (A préciser à l'axe I)
- des comportements qui compromettent son intégration sociale. Préciser
- risque : Hétéro-agressivité Gestes suicidaires Autre :

La personne peut être susceptible :

- de sombrer dans l'itinérance,
- d'avoir des démêlés avec la justice. Préciser :
 - TAQ, depuis :
 - Ordonnance traitement, fin :
 - Ordonnance hébergement, fin :
 - Autres :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Problèmes de santé physique : Préciser :

À Joindre à la demande :

- Profil pharmacologique récent
- Évaluation psychiatrique récente (moins de 6 mois)
- Sommaire de la dernière hospitalisation
- Documents légaux
- Autorisation de communiquer des renseignements signés par le client
- Toute autre évaluation pertinente récente (ergothérapie, neuropsychologie, etc.)
- Plan d'Intervention actif

Veillez retourner ce formulaire par courriel à l'attention du Suivi intensif : simcemtl.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

À l'usage du programme de suivi intensif dans le milieu.

Demande : Acceptée

Motifs de refus / Critères d'exclusion :

- Diagnostic principal d'handicap intellectuel ;
- Diagnostic principal de trouble de personnalité ;
- Atteinte d'un syndrome cérébral organique simple sans diagnostic au premier plan du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques ;
- Le client ne rencontre pas les critères d'admissibilité;
- La personne vit en RNI (RI/RTF) sans projet de vie de logement autonome;

Demande : Réorientée :

Commentaires :

Demande reçue en date de : Signature de l'intervenant :