

Numéro de dossier :	.....
Nom, prénom :	.....
Date de naissance :	.....
RAMQ :	.....

## Demande de services – Soutien d'Intensité Variable (SIV)

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) : .....
.....	N° de téléphone : (    )    -
Médecin de famille :	Personne(s) significative(s) : .....
Nom : .....	Lien : .....
N° de téléphone : (    )    -	N° de téléphone : (    )    -

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

3. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ (cocher les critères présents chez l'utilisateur)	
<input type="checkbox"/> Présenter un trouble mentale grave à l'Axe 1. Préciser : .....	
<input type="checkbox"/> Présenter une altération significative de son fonctionnement liée au trouble mental (EGF, si disponible).....	
<input type="checkbox"/> Présenter un risque significatif de détérioration de la condition clinique ou sociale en l'absence de soutien de type réadaptation psychosocial nécessitant 2 à 7 rencontres par mois dans le milieu de vie;	
<input type="checkbox"/> Avoir des difficultés sur le plan des habiletés personnelles, sociales et relationnelles (AVD-AVQ) qui interfèrent sur le plan du fonctionnement social.	
<input type="checkbox"/> Avoir des besoins de soutien et de réadaptation au plan de l'intégration, l'organisation et l'adaptation dans la communauté; Justifications : .....	

4. PRINCIPALES RAISONS D'UNE DEMANDE DE SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE
.....
.....
.....
.....
.....

## 5. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

**Judiciaire :**  Aucun     TAQ, depuis : .....

Ordonnance traitement, fin : .....

Ordonnance hébergement, fin : .....

**Risque :**                     Aucun

Hétéro-agressivité     Gestes suicidaires

Autre : .....

Régime de protection, représentant(e) : .....

### 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 Soutien d'intensité variable :**

[sivcemtl.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:sivcemtl.cemtl@ssss.gouv.qc.ca)

**Pour discussion clinique par secteur (boîtes vocales) :**

**RLS de la Pointe de l'Île # 514-642-5168 poste 71262 (codes postaux : H1A-B-C-E-J-K-L)**

**RLS St-Léonard/St-Michel # 514-722-3000 poste 4645 (codes postaux: H1P-R-S-Z, H2A)**

**RLS Lucille-Teasdale # 514-253-9717 poste 16217 (codes postaux : H1M-N-T-V-W-X-Y)**

### À l'usage du programme de soutien d'intensité variable

**Demande :**  Acceptée

**Motifs de refus / Critères d'exclusion :**

- Diagnostic principal d'handicap intellectuel ;
- Atteinte d'un syndrome cérébral organique simple sans diagnostic au premier plan du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques ;
- Trouble de personnalité pour lequel une mesure de réadaptation dans le milieu de vie n'est pas indiquée;
- 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 : .....