

RÉFÉRENCE VERS LE CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE (CRD) DU CIUSSS CENTRE-SUD DE L'ÎLE DE MONTRÉAL (CCSMTL)

Pour les usagers francophones ou allophone, svp faire parvenir par courriel le formulaire de référence, l'outil de détection complété, si disponible à l'adresse suivante :

guichet.dependance.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

SECTION 1 - INFORMATIONS SUR LE RÉFÉRENT

Organisme/Établissement : _____

Nom de l'intervenant(e) : _____ Titre professionnel : _____

Numéro de téléphone : _____ Poste : _____

Courriel : _____

SECTION 2 - IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F H X

RAMQ : _____ Expiration : _____

Nom et prénom du parent 1 : _____

Nom et prénom du parent 2 : _____

Adresse : _____ Apt.: _____ Ville : _____

Code postal : _____ Courriel : _____

SDF/Pas d'adresse Préciser le secteur de la ville fréquenté par l'utilisateur : _____

Téléphone #1 : _____ Téléphone #2 : _____

Ne pas laisser de message sur la boîte vocale

Pas de numéro de téléphone

Préciser : Personne/organisme où on peut rejoindre l'utilisateur : _____

Lien avec l'utilisateur : _____

Téléphone : _____

Femme enceinte Oui Non

Parent d'un enfant âgé de 5 ans et moins, pour qui il a la garde Oui Non

SECTION 3 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Langue maternelle : _____ Langue demandée : _____

Lieu de naissance : Québec Autre : _____

Nationalité : Canadienne Autre : _____ Pays d'origine : _____

Autochtone : No. de bande/Identification : _____

Nom de la communauté : _____

Vit dans la communauté : Oui Non

État civil : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Conjoint(e) de fait Autre

Occupation : Aide sociale Travail Études Retraite Chômage Autre

École fréquentée : _____

Niveau scolaire : _____

SECTION 4 - DESCRIPTION DE LA DEMANDE

Usager déjà connu d'un CRD : Oui Non Ne sait pas Si oui, lequel : _____

Motif de la consultation en lien avec la présente dépendance :

Demande pour une personne ayant une dépendance :

Aux substances psychoactives (alcool, drogue)

Aux jeux de hasard et d'argent

À l'utilisation des écrans

Demande pour un membre de l'entourage d'une personne ayant une dépendance

Outil de dépistage complété Oui Joindre la copie de l'outil de dépistage à la référence

Non : Préciser :

Je n'ai pas la formation pour compléter l'outil de dépistage

Requête médicale spécifique à la dépendance jointe

Autre raison : _____

Description du motif de référence/éléments déclencheurs pertinents à la demande : _____

Particularités en lien avec : dépendance, santé, médication, diagnostics ou toutes autres conditions particulières: _____

Besoins et attentes identifiés :

Par le référent : _____

Par l'usager : _____

SECTION 5 - RISQUE ET VULNÉRABILITÉ DE L'USAGER

L'utilisateur présente-t-il des idées suicidaires présentement ? Oui Non

Résultat de la grille suicidaire : _____

Si oui, quel est le filet de sécurité qui a été mis en place ? Décrire brièvement

L'utilisateur est-il à risque d'un passage à l'acte violent ? Oui Non

Si oui, quel est le filet de sécurité qui a été mis en place ? Décrire brièvement

SECTION 6 INFORMATIONS PERTINENTES POUR L'ORIENTATION

(par exemple pour la clientèle jeunesse, le cas échéant : site d'hébergement, site du suivi intensif, motif de placement, services offerts par les partenaires et à quel endroit, etc; Pour la clientèle adulte, le cas échéant : suivi actuel de l'utilisateur, dans quel service, service en attente, etc)