

NOM / PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

NO D'ASS. MALADIE :

EXP. :

DEMANDE DE SOINS ET SERVICES (Programme de psychiatrie légale)

ÉTABLISSEMENT
RÉFÉRENT :

USAGER INFORMÉ : Oui Non

STATUT LÉGAL ACTUEL

| | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| CETM (TAQ) : | <input type="checkbox"/> Détention | <input type="checkbox"/> Libération | <input type="checkbox"/> Avec délégation | <input type="checkbox"/> Sans charge ni mandat |
| Ordonnance judiciaire : | <input type="checkbox"/> Traitement | <input type="checkbox"/> Hébergement | <input type="checkbox"/> Aucune | |
| Régime de protection : | <input type="checkbox"/> Curatelle privée | <input type="checkbox"/> Tutelle privée | <input type="checkbox"/> Aucun | |
| | <input type="checkbox"/> Curatelle publique | <input type="checkbox"/> Tutelle publique | | |
| Cause criminelle en suspens : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas | |
| Autres : | Préciser : | | | |

Diagnostic psychiatrique :

1) MOTIF DE LA DEMANDE (Événement ou situation justifiant la demande)

2) DESCRIPTION DE LA SITUATION OU DES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES

Nom et titre du requérant en lettres moulées

Téléphone

Poste

Signature du requérant

Date

ANNÉE - MOIS - JOUR

RÉPONSE DU PROGRAMME DE PSYCHIATRIE LÉGALE

ACCUSÉ DE RÉCEPTION

No de dossier IUSMM

Date

ANNÉE - MOIS - JOUR

Nom du professionnel désigné

Signature du receveur de la demande

Date

ANNÉE - MOIS - JOUR

Faire parvenir ce document par :

Courriel (numérisé) : psychiatrie.legale.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Télécopieur : 514-251-9906

Courrier : IUSMM, Programme de psychiatrie légale, 7401, rue Hochelaga, Montréal (Québec) H1N 3M5