

RÉFÉRENCE AU CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL - PARTENAIRE EXTERNE

1. PERSONNE CONCERNÉE PAR LA RÉFÉRENCE

Nom: _____ Prénom: _____
Date de naissance : _____ / _____ / _____ Âge : _____ Sexe : F M Autre
RAMQ : _____ Expire le : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Adresse courriel : _____
Téléphone (domicile) : _____ Autre numéro : _____
Langue usuelle : Français Anglais Autre : _____
Personne contact au besoin : _____ Téléphone : _____

2. MOTIF DE LA RÉFÉRENCE (si vous manquez d'espace, utilisez la page complémentaire)

Problème identifié: _____

Service souhaité: _____

Diagnostic/ impression clinique / symptômes présents (manifestations observées, fréquence, durée) facteurs environnementaux :

Suivi médical et médication :

Problème de dépendance : Non Oui Si oui, lequel : _____

Risque suicidaire/homicidaire : Non Oui Si oui, lequel : _____

Danger envers autrui : Non Oui Si oui, lequel : _____

Autres suivis ou observations: _____

3. COORDONNÉES DU RÉFÉRENT / PARTENAIRE SIGNIFICATIF

Nom: _____ Titre: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

Organisme: _____

Services actuellement offerts par le référent : _____

4. AUTORISATION DE COMMUNICATION

Par la présente, l'utilisateur (*de 14 ans et plus ou le tuteur désigné*) consent à l'envoi de la fiche de référence au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (établissement / guichet: _____) et à l'évaluation de la présente demande.

Signature de l'utilisateur : _____ Date _____

**N.B. VEUILLEZ JOINDRE TOUT DOCUMENT PERTINENT À L'ÉTUDE DE LA DEMANDE TELS QUE :
ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE, PSYCHOLOGIQUE, RAPPORTS MÉDICAUX, ETC.**

TÉLÉCOPIER AU 514 356-0637 OU ACHEMINER PAR COURRIEL À L'ATTENTION DE L'ACCUEIL CENTRALISÉ
accueilcentralise.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

