Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides Québec & &



Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Numéro assurance maladie :

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR SERVICES DE PROXIMITÉ

Prénom :	Téléphone résidence :
Âge :	Cellulaire :
-	Code postal :
Prénor	n:
Téléphone résidence :	Cellulaire :
-	Code postal :
Prénor	n:
Téléphone résidence :	Cellulaire :
	Code postal :
pplicable) :	
t mère □ Seul □ Autre	
JATION ACTUELLE (motif de référence/élém	ent déclencheur/diagnostic pertinent à la demande)
	rérabilité, sécurité à domicile, risques d'abus ou de maltraitance,
de pour autrui ou nornicidaire, idees suicidaire	s, automuniation, etc.)
	Âge : Prénor Téléphone résidence : Prénor P

GRM 14003173 Rév : (2023-09-06) - DSM

FP-CISSS-6069

SERVICES DE PROXIMITÉ

Nom	:	Prenom :			# Dossier :					
4.	BESOINS IDENTIFIÉS									
Par l'	usager :									
Pare	a famille :									
1 41 3	a familie .									
Par la	a personne référente :									
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·									
5.	5. ACTIONS MISES EN PLACE ET HISTORIQUE DES SERVICES									
6.	CONSOMMATION (Drogue	– Alcool – Jeu – Méd	ication – Autre)		□ Oui	□ Non	☐ Non évaluée			
	lre les grilles d'évaluation, s'i		,							
7.	CONSENTEMENT									
a) L'u	ısager de 14 ans et plus est-	il informé de la demar	nde? 🗆 Oui 🗆 Noi	n, pourquoi?						
	Garde légale : □ Père □									
	Régime de protection : ☐ Cur									
b) Si	applicable, les tuteurs légaux	र (ex. : parents) sont-i	ils informés de la dem	ande? □ Oui 〔	□ Non, pourqu	ıoi?				
-> 1 /			- di2	: ¬N	-:0					
C) L u	ısager est-il en mesure de co	mprendre la demand	e de service? 🗆 Ou	i □ Non, pourqu	101 ?					
8.	COMMENTAIRES									
-	-									
	Joindre les rapports pertine	ents, les évaluations a	ainsi que les plans d'ir	ntervention (si disp	oonible, joindre	e le profil ph	armacologique)			
9.	TRANSMISSION DU FORM	ULAIRE								
		Veuillez inscrire l	es renseignements s	suivants en carac	ctères d'impri	merie				
Date	(aaaa-mm-jj) :	Nom du référent	/Titre :							
Orgai	nisme :									
<u>-</u>	éléphone : Cellulaire :									
	ature :		Courriel :							
AUTO	ORISATION DE TRANSMET									
-			<i>laire au guichet d'ad</i> s d'accès_Laurentid				le document Web que ce formulaire	∍).		
10.	RÉCEPTION DU FORMULA	IRE PAR LE CISSS								
Date	:	Nom de l'intervenant :								
Conta	act téléphonique établi :	□ Oui □ Non En date du (aaaa-mm-jj) :								
Nom	de la personne contactée :									
Na	n de l'intervenent		Cianatura			ormic	0000/mm/ii			
INOL	n de l'intervenant		Signature		P	ermis	aaaa/mm/jj			

Nom de l'intervenant
GRM 14003173 Rév : (2023-09-06) - DSM

FP-CISSS-6069