




Nom :

Prénom :

# Dossier :

<b>4. BESOINS IDENTIFIÉS</b>			
Par l'usager :			
Par sa famille :			
Par la personne référente :			
<b>5. ACTIONS MISES EN PLACE ET HISTORIQUE DES SERVICES</b>			
<b>6. CONSOMMATION</b> (Drogue – Alcool – Jeu – Médication – Autre) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évaluée			
<i>(joindre les grilles d'évaluation, s'il y a lieu)</i>			
<b>7. CONSENTEMENT</b>			
a) L'usager de 14 ans et plus est-il informé de la demande? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pourquoi?			
Garde légale : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre			
Régime de protection : <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Mandat d'inaptitude			
b) Si applicable, les tuteurs légaux (ex. : parents) sont-ils informés de la demande? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pourquoi?			
c) L'usager est-il en mesure de comprendre la demande de service? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pourquoi?			
<b>8. COMMENTAIRES</b>			
<input type="checkbox"/> Joindre les rapports pertinents, les évaluations ainsi que les plans d'intervention (si disponible, joindre le profil pharmacologique)			
<b>9. TRANSMISSION DU FORMULAIRE</b>			
<i><b>Veillez inscrire les renseignements suivants en caractères d'imprimerie</b></i>			
Date (aaaa-mm-jj) :		Nom du référent/Titre :	
Organisme :			
Téléphone :		Cellulaire :	
Signature :		Courriel :	
AUTORISATION DE TRANSMETTRE LES INFORMATIONS DE L'USAGER : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
 <i>Transmettre le formulaire au guichet d'accès concerné par votre demande (voir le document « Liste_Coordonnées des guichets d'accès_Laurentides.pdf » se trouvant sur la même page Web que ce formulaire).</i>			
<b>10. RÉCEPTION DU FORMULAIRE PAR LE CISSS</b>			
Date :		Nom de l'intervenant :	
Contact téléphonique établi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		En date du (aaaa-mm-jj) :	
Nom de la personne contactée :			
Nom de l'intervenant		Signature	Permis
			aaaa/mm/jj