



VD-AT157

Nom: _____
Mère: _____ DNA: _____
Père: _____ Sexe: _____
RAMQ: _____ Exp: _____ Âge: _____
Adresse: _____

Référence partenaires - Services psychosociaux

N. B. : En aucun cas, ce formulaire n'est obligatoire pour recevoir des services au CISSS-AT. Son objectif est plutôt de faciliter l'accès aux services, en réduisant le nombre d'intervenant requis pour l'analyse du besoin. Il évite à l'utilisateur la répétition de sa problématique.

Identification du référent

Nom : _____ Organisation : _____
Tél. : _____ Fonction : _____
Ville : _____ Date d'envoi : _____

Référence vers l'AAOR du secteur :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amos
Tél. : 819-732-3271, Fax : 819-732-6452
08_aaor_abitibi@ssss.gouv.qc.ca | <input type="checkbox"/> Malartic
Tél.: 819-825-5858, Fax : 819-825-7741
08_aaor_valleedelor@ssss.gouv.qc.ca | <input type="checkbox"/> Témiscaming-Kipawa
Tél.: 819-627-3385, Fax : 819-627-1851
08_aaor_temiscamingue@ssss.gouv.qc.ca |
| <input type="checkbox"/> Barraute
Tél.: 819-734-6571, Fax : 819-734-6633
08_aaor_abitibi@ssss.gouv.qc.ca | <input type="checkbox"/> Rouyn-Noranda
Tél.: 819-762-5599, Fax : 819-762-1057
08_aaor_rouynnoranda@ssss.gouv.qc.ca | <input type="checkbox"/> Val-d'Or
Tél.: 819-825-5858, Fax : 819-825-7822
08_aaor_valleedelor@ssss.gouv.qc.ca |
| <input type="checkbox"/> La Sarre
Tél.: 819-333-2311, Fax : 819-333-2755
08_aaor_abitibiouest@ssss.gouv.qc.ca | <input type="checkbox"/> Senneterre
Tél.: 819-825-5858, Fax : 819-737-3122
08_aaor_valleedelor@ssss.gouv.qc.ca | <input type="checkbox"/> Ville-Marie
Tél.: 819-629-2420, Fax : 819-629-2180
08_aaor_temiscamingue@ssss.gouv.qc.ca |

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Identification de l'utilisateur

Nom usuel : _____ Genre usuel : _____ Adresse courriel : _____
Adresse : _____ Téléphone 1 : _____
Code postal : _____ Téléphone 2 : _____

Autres personnes impliquées dans la demande (pour demande familiale seulement)

Nom	Date de naissance	Lien

Identification des parents ou du représentant légal (si applicable)

Nom : _____	Prénom : _____	Adresse courriel : _____
Lien : _____	Date de naissance : _____	
Téléphone 1 : _____	Téléphone 2 : _____	<input type="checkbox"/> Garde légale

Nom : _____	Prénom : _____	Adresse courriel : _____
Lien : _____	Date de naissance : _____	
Téléphone 1 : _____	Téléphone 2 : _____	<input type="checkbox"/> Garde légale

2. DESCRIPTION DE LA SITUATION, MOTIF DE RÉFÉRENCE, CARACTÉRISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT

--

3. ÉLÉMENTS JUSTIFIANT LA RÉFÉRENCE

Symptômes physiques et psychologiques observés	<input type="checkbox"/> S/O
---	------------------------------

--

Limitations fonctionnelles et incapacités	<input type="checkbox"/> S/O
--	------------------------------

--

Habitudes de vie touchées par les limitations

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> Déplacements | <input type="checkbox"/> Éducation |
| <input type="checkbox"/> Condition corporelle | <input type="checkbox"/> Responsabilités | <input type="checkbox"/> Travail |
| <input type="checkbox"/> Soins personnels | <input type="checkbox"/> Relations interpersonnelles | <input type="checkbox"/> Loisirs |
| <input type="checkbox"/> Communication | <input type="checkbox"/> Participation communautaire | <input type="checkbox"/> Autres habitudes : |
| <input type="checkbox"/> Habitation | | |

Facteurs de risque identifiés	<input type="checkbox"/> S/O
--------------------------------------	------------------------------

<input type="checkbox"/> Idées, comportements, antécédents suicidaires <input type="checkbox"/> Idées d'homicide <input type="checkbox"/> Agressivité envers soi, autrui ou matériel <input type="checkbox"/> Visite(s) à l'urgence / hospitalisation(s) récente(s) ou récurrente(s) <input type="checkbox"/> Arrêt de travail / d'étude <input type="checkbox"/> Dépendances/consommation (alcool, drogues, médicaments, jeu) <input type="checkbox"/> Itinérance / rupture sociale <input type="checkbox"/> État dysfonctionnel dans de multiples sphères de vie <input type="checkbox"/> Faibles conditions socio-économiques	<input type="checkbox"/> Parent d'enfant (s) 0-5 ans <input type="checkbox"/> Difficultés comportementales <input type="checkbox"/> Retrait social / isolement <input type="checkbox"/> Conflit de séparation <input type="checkbox"/> Relation parent-enfant problématique <input type="checkbox"/> Deuil / perte récente <input type="checkbox"/> Réseau de soutien faible, inexistant ou épuisé <input type="checkbox"/> Déficit cognitif probable <input type="checkbox"/> Vulnérabilité aux abus / maltraitance / violence <input type="checkbox"/> Chronicité des symptômes observés <input type="checkbox"/> Autre (s) :
--	---

4. DONNÉES MÉDICALES ET SERVICES REÇUS

Médecin de famille :

Diagnostic (s)	<input type="checkbox"/> S/O
-----------------------	------------------------------

--

Médication	<input type="checkbox"/> S/O
-------------------	------------------------------

--

Antécédents	<input type="checkbox"/> S/O
--------------------	------------------------------

Personnels :

Familiaux :

Services actuels et récents / résultats obtenus (2 dernières années)	<input type="checkbox"/> S/O
---	------------------------------

--

5. OPINION PROFESSIONNELLE

--

6. PIÈCES JOINTES (optionnel)

<input type="checkbox"/> Rapport d'un professionnel (précisez) : <input type="checkbox"/> Rapport d'un intervenant (précisez) : <input type="checkbox"/> PI, PII, PSI <input type="checkbox"/> Rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire (Grille)*	<input type="checkbox"/> Outil d'estimation du risque d'homicide (ex. : Rabaska) <input type="checkbox"/> DÉBA-drogues / alcool / jeu / DÉP-ado* <input type="checkbox"/> Autre(s) outil(s) de dépistage (précisez) : <input type="checkbox"/> Autres pièces jointes (précisez) :
* En l'absence de ces documents pour des situations d'idéations suicidaires ou de dépendances, une rencontre d'AAOR sera obligatoire.	

7. CODE DE PRIORISATION

<input type="checkbox"/> P1 - URGENTE	<input type="checkbox"/> P2 - PRIORITAIRE	<input type="checkbox"/> P3 - ÉLEVÉE	<input type="checkbox"/> P4 - MODÉRÉE
Présence d'un danger imminent pour l'intégrité, la santé, la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) ou le maintien à domicile est compromis si les besoins ne sont pas répondus.	Présence de risques d'atteinte pour l'intégrité, la santé, la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) ou le maintien à domicile est compromis si aucune intervention n'est faite à court terme.	Présence de risques d'atteinte à l'intégrité, la santé ou la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) en l'absence d'intervention à moyen terme pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie pour le maintien à domicile.	L'intégrité, la santé ou la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) ne sont pas menacées à moyen terme, mais des interventions sont nécessaires pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie et favoriser son maintien à domicile.
Justifications selon grille de priorisation multiclientèle			

8. CONSENTEMENT ET SIGNATURE (usager de 14 ans et plus, tuteur légal ou représentant)

<input type="checkbox"/> Je, soussigné(e), atteste avoir été informé(e) de la présente référence et en avoir pris connaissance;	
<input type="checkbox"/> Je comprends que la présente référence vise à m'orienter vers des services de santé et services sociaux adaptés à ma situation, et ne m'oblige en rien à consentir aux examens, soins et traitements qui me seront proposés;	
<input type="checkbox"/> J'ai été informé(e) de mon droit de refuser cette référence, et j'atteste que toutes mes questions ont été répondues;	
<input type="checkbox"/> Je consens donc à ce que le référent puisse transmettre au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue le présent formulaire, de même que les informations et documents indiqués;	
<input type="checkbox"/> J'accepte d'être contacté(e) par un intervenant du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue suivant la réception de la présente;	
<input type="checkbox"/> J'accepte que le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue puissent transmettre un accusé réception de la présente référence au référent;	
<input type="checkbox"/> J'accepte que le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue puissent confirmer au référent l'état de ma demande de service (prise en charge, mis en liste d'attente, refus de service).	
_____ (Signature de l'usager ou du représentant)	_____ (Date)
_____ (Signature du référent)	_____ (Date)
<input type="checkbox"/> Consentement verbal à la référence	

Note : L'intervenant et/ou le service qui recevra la référence n'est pas autorisé à transmettre de l'information au référent, sans en avoir reçu l'autorisation de l'usager, lors du traitement de sa demande (LSSSS, art. 19)