



VD-AT157

Nom:

Mère:

Père:

RAMQ:

Adresse:

DNA:

Sexe:

Exp:

Âge:

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 : Garde légale

Nom : Prénom : Adresse courriel :
Lien : Date de naissance :
Téléphone 1 : Téléphone 2 : 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)