

For office use only* SH: _____ Date Received: _____
Date of screening: _____ Start time: _____ End Time: _____

Date de renvoi (JJ/MM/AAAA) : _____

Formulaire de renvoi au Programme de santé mentale et de toxicomanie

Renseignements sur le patient/client	Renseignements sur la demande de services
Nom légal (nom de famille, prénom) : _____	Source de la demande de services : ☐ Médecin de famille ☐ Programme communautaire ☐ Infirmière praticienne ☐ Patient/client lui-même ☐ Service de psychiatrie ☐ Autre (précisez) : _____ ☐ Professionnel de la santé réglementé (précisez) : _____
Nom préféré (le cas échéant) : _____	Nom de la source du renvoi (nom de famille, prénom) : _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ Âge : _____	Numéro de facturation : _____
Numéro de carte Santé : _____ CV : _____	Adresse : _____
Date d'expiration (JJ/MM/AAAA) : _____	Numéro de téléphone : _____
Adresse : _____	Numéro de télécopieur : _____
Code postal : _____	Avez-vous déjà consulté un psychiatre? ☐ Oui ☐ Non Si oui, nom du psychiatre (nom de famille, prénom) : _____
Numéro(s) de téléphone (précisez domicile, cellulaire, etc.) : _____	Êtes-vous toujours suivi par le psychiatre? ☐ Oui ☐ Non
Domicile : _____	Avez-vous déjà participé au Programme de santé mentale et de toxicomanie? ☐ Oui ☐ Non Si oui, à quel programme? _____
Cellulaire : _____	Participez-vous encore au programme? ☐ Oui ☐ Non
Pouvons-nous laisser des messages confidentiels dans la boîte vocale? ☐ Oui ☐ Non	État actuel : _____
Adresse courriel (s'il y a lieu) : _____	Souhaitez-vous présenter vous-même une demande de services pour participer à un programme? ☐ Oui ☐ Non
Pouvons-nous envoyer de l'information à cette adresse? ☐ Oui ☐ Non	À l'heure actuelle, avez-vous :
Quelle est votre langue maternelle? ☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre _____	des pensées suicidaires? ☐ Oui ☐ Non
Si votre langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, avec laquelle des langues officielles du Canada êtes-vous le plus à l'aise?	l'idée de blesser d'autres personnes? ☐ Oui ☐ Non
☐ Anglais ☐ Français	la capacité d'assurer votre sécurité? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous besoin d'un interprète? ☐ Oui ☐ Non (Si oui, veuillez préciser) : _____	des armes sur vous? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des besoins en matière d'accessibilité? ☐ Oui ☐ Non	Révisé par : _____
Si oui, veuillez préciser _____	Programmes de santé mentale (cochez le service qui fait l'objet de votre demande) : ☐ Programme des troubles de l'humeur et de l'anxiété ☐ Programme des troubles alimentaires ☐ Programme d'intervention précoce en psychose ☐ Gestion de cas (<i>peut nécessiter un renvoi d'un psychiatre</i>) ☐ Programme de santé mentale périnatale ☐ Psychothérapie structurée Ontario-PHQ-9 : _____ GAD-7 : _____
Y a-t-il une autre personne à contacter? ☐ Oui ☐ Non	Services de toxicomanie (cochez le service demandé) : ☐ Services de traitement en consultation externe de la toxicomanie ☐ Services de traitement en consultation externe du jeu problématique ☐ Clinique à accès rapide de traitement médical de la toxicomanie (clinique RAAM) ☐ Services de gestion du sevrage
Nom : _____	
Relation avec le patient/client : _____	
Numéro de téléphone : _____	
Quelle est votre identité de genre? _____	
Vos pronoms : _____	
Quelle est votre origine ethnique? _____	
Veuillez inclure une courte description de la raison de votre demande de services. _____ _____	