Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

MOCLI60508

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ *Exp.* _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

Installation : _____

DEMANDE DE SERVICE
CONSULTATION AUX SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX

Demande de service pour ☐ Individu ☐ Couple ☐ Famille

Si la référence concerne couple ou famille, remplir un formulaire pour chaque personne.

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____

Adresse de l'usager : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Autorisation de laisser un message : ☐ Oui ☐ Non

Courriel : _____ Autorisation de laisser un message : ☐ Oui ☐ Non

Nom du représentant légal : _____ Lien avec l'usager : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

AUTRES USAGERS CONCERNÉS PAR LA DEMANDE

Nom, Prénom : _____ Lien : _____

Nom, Prénom : _____ Lien : _____

MOTIF(S) DE LA DEMANDE DE SERVICE

_____

_____

_____

FACTEURS DE RISQUE ET VULNÉRABILITÉ

Problème de consommation ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

Risque suicidaire ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

Danger envers autrui ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

Autres, précisez : _____

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Diagnostic(s) : _____

Médicaments : _____

Autres : _____

Nom : Prénom : #Dossier :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX

_____

_____

_____

SERVICES ANTÉRIEURS ET ACTUELS

Professionnel/Organisme : _____ Date : _____
aaaa/mm/jj

Professionnel/Organisme : _____ Date : _____
aaaa/mm/jj

ATTENTES DU RÉFÉRENT

_____

_____

_____

ATTENTES DE L'USAGER

_____

_____

_____

CONSENTEMENT DE L'USAGER

☐ Oui ☐ Non Je consens à la demande de référence et à l'ouverture de mon dossier.

☐ Oui ☐ Non J'autorise pour une période de 90 jours à l'échange d'informations entre _____ et le CISSS de la Montérégie-Ouest afin de permettre l'analyse complète de cette demande.

☐ Oui ☐ Non Je suis informé(e) que je peux modifier ou annuler en tout temps cette autorisation.

☐ Oui ☐ Non L'usager a consenti verbalement

Signature de l'usager: _____ Date : _____
aaaa/mm/jj

Signature de la personne autorisée *:_____ Date : _____
aaaa/mm/jj

* Pour mineur de 14 ans ou moins et
majeur ou mineur de 14 ans et plus inapte à consentir

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Organisation : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Autre téléphone *(précisez)* : _____

Courriel : _____ Téléphone: _____

Mode de communication privilégié par le référent : ☐ Courriel ☐ Téléphone ☐ Autre : _____

Signature : _____ Date : _____
aaaa/mm/jj

Nom : Prénom : #Dossier :

FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE ET LES DOCUMENTS PERTINENTS À L'ACCUEIL PSYCHOSOCIAL	
Sélectionner et cocher la destination de la référence	
☐ **Secteur Châteauguay** Téléphone : 450-699-3333 #3286 Télécopieur : 450-691-6202 Courriel : aao-chateauguay.jr.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca	☐ **Secteur Suroît** Téléphone : 450-371-0143 #203210 Télécopieur : 450-371-2136 Courriel : aao-valleyfield.suroit.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca
☐ **Secteur Kateri** Téléphone : 450-659-7661 #1349 Télécopieur : 450-444-6260 Courriel : aao-kateri.jr.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca	☐ **Secteur Vaudreuil-Soulanges** Téléphone : 450-455-6171 #70049 Télécopieur : 450-455-8162 Courriel : aaor.vs.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca
☐ **Secteur Jardins du Québec (St-Rémi et Napierville)** Téléphone : 450-454-4671 #1329 Télécopieur : 450-454-4538 Courriel : aao-jq.jr.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca	☐ **Secteur Haut-Saint-Laurent** Téléphone : 450-829-2321 #351299 Télécopieur : 450-264-4542 Courriel : aao-hsl.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca
☐ **Secteur Beauharnois** Téléphone : 450-429-6455 #203344 Télécopieur : 450-429-1119 Courriel : aao-beauharnois.jr.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca	