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

RE0110

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20___/___

Date de naissance : _____/____/_____ ☐M ☐F ☐X
Année Mois Jour

**RÉFÉRENCE SERVICES DE PROXIMITÉ**
**EN DÉPENDANCE – PREMIÈRE LIGNE**

| |
|---|
| **Soins dispensés au:** ☐RLS Pierre-Boucher ☐RLS Richelieu-Yamaska ☐RLS Pierre-de Saurel |
| **Renseignements personnels** |
| Adresse : |
| Téléphone : Cellulaire : |
| Autorisation de laisser un message : ☐ Oui ☐ Non |
| **Modalité de consultation** |
| ☐ Suivi individuel ☐ Groupe ☐ Couple ☐ Entourage |
| **Informations complémentaires** |
| Nom, prénom du père : |
| Nom, prénom de la mère : |
| Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Langue maternelle : |
| Lieu de naissance : ☐ Québec ☐ Autre, précisez : |
| Occupation : ☐ Travail ☐ Bénévolat ☐ Études ☐ Sans emploi ☐ Retraite ☐ Invalidité |
| Situation de vie : ☐ Couple ☐ Seul ☐ Avec enfants de moins de 18 ans ☐ En colocation ☐ Avec personnes apparentées |
| État civil : ☐ Célibataire ☐ Conjoint(e) de fait ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf (ve) |
| **Conditions associées** |
| ☐ Alcool ☐ Drogues ☐ Internet ☐ Jeux de hasard |
| **Détection et repérage** |
| Spécifiez la grille utilisée |
| Résultat : |

**Nom :**_____ **Prénom :**_____ **N° dossier :**_____

## Suivi antérieur

☐ Oui ☐ Non

## Disponibilité de l'usager

☐ AM ☐ PM ☐ Soirée

## Description de la problématique vécue (enjeux de priorisation, présence de risques pour la personne ou autrui, etc.)

## Identification du référent

☐ J'autorise _____ à transmettre au Guichet d'accès en dépendance du CISSS de la Montérégie-Est, ce formulaire.

_____ 20___/____/____
Signature de l'usager AA / MM / JJ

_____ 20___/___/____
Signature du référent AA / MM / JJ

Faire parvenir le formulaire à l'attention de l'équipe de première ligne en dépendance par courriel au :

guichet.de.dependance.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca

Pour plus d'informations, communiquez avec l'équipe au 450-468-8111, poste 82501.