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

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20____/___

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

105 *105*

RÉFÉRENCE SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX

Soins dispensés au: ☐CH Pierre-Boucher ☐CH Honoré-Mercier ☐CH Hôtel-Dieu de Sorel ☐Autre : _____

Coordonnées et renseignements de l'usager

Adresse :

Téléphone : Possibilité de laisser un message ☐ Non ☐ Oui

Courriel : ☐ Non ☐ Oui :

Langue usuelle : ☐ français ☐ Anglais ☐ Autre(s) : Besoin d'interprète : ☐ Non ☐ Oui

Service envisagé

☐ CLSC RLS Richelieu-Yamaska ☐ CLSC RLS Pierre-Boucher ☐ CLSC RLS Pierre-De Saurel
☐ GMF
* **Nom complet du médecin de famille/clinique** : _____ ☐ Aucun médecin
☐ Individuel ☐ Groupe (ex. autosoins anxiété) ☐ Offre proche aidant ☐ Sexologie (exclusif aux victimes d'abus sexuels)
☐ Suivi de couple (4 rencontres axées sur la communication)
* **Consentement des 2 conjoints validé** ☐
* **Nom et # dossier CLSC ou informations nominatives du conjoint** : _____

Problématique actuelle (ex. stresseurs psychosociaux, symptômes, intensité/fréquence, depuis quand)

Sommeil/appétit : ☐ / ☐ augmenté ☐ / ☐ diminué ☐ / ☐ stable
Consommation et jeu : ☐ alcool ☐ drogues ☐ habitudes de jeu ; pattern stable ☐ Non ☐ Oui
Réseau de soutien : ☐ bon/suffisant ☐ faible/limité ☐ épuisé/absent
Idées suicidaires : ☐ Non ☐ Oui * **Si oui, svp joindre votre grille avec estimation finale et filet de sécurité en place**.
Risque d'homicide : ☐ Non ☐ Oui * **Si oui, svp joindre votre grille avec estimation finale et filet de sécurité en place**.

Attentes de l'usager

Services actuels et antérieurs (ex. date, pour quel motif de consultation)

☐ Suivi médical ☐ PAE ☐ IVAC
☐ CLSC : _____ ☐ Privé : _____
☐ Communautaire : _____ ☐ Première demande de consultation
Précisions : _____

Dx en santé mentale (s'il y a lieu)

☐ Aucun ☐ Trouble d'adaptation ☐ Dépression ☐ Anxiété ☐ Traits ou trouble de personnalité
☐ Autre(s) dx ou antécédent(s) : _____

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

Médication (ex. nom, posologie, depuis quand)

☐ Aucune

Niveau de fonctionnement

☐ Exécute ses activités habituelles
☐ Fonctionne avec difficulté dans une ou plusieurs sphères de vie : ☐ travail/études ☐ AVD-AVQ ☐ relations
☐ Bris de fonctionnement dans une ou plusieurs sphères de vie : ☐ travail/études ☐ AVD-AVQ ☐ relations

Modalités de rencontre et disponibilités de l'usager

☐ Présentiel ☐ Téléphone ☐ Teams
☐ Avant-midi ☐ Après-midi ☐ Soirée Spécifiez au besoin : _____

Informations additionnelles (s'il y a lieu)

Priorisation suggérée

☐ P2 – prioritaire ☐ P3 – élevée ☐ P4 – modérée

Facteurs de risque :

☐ Situation de crise potentielle ☐ Comportements à risque ☐ Niveau de détresse élevé ☐ Situation qui perdure dans le temps
☐ État de santé physique/mental détérioré ou à risque de le devenir à court terme
☐ Autres : _____

Facteurs de protection :

☐ Peu d'éléments de vulnérabilité ☐ Peu de dangerosité ☐ État de santé physique/mental stable ou relativement stable
☐ Adhère/collabore à l'intervention ☐ Utilise des stratégies fonctionnelles
☐ Autres : _____

L'usager est informé et en accord avec la référence ☐

_____ _____ _____
Nom et titre professionnel du référent | Téléphone du référent | Établissement/Service

_____
Signature du référent

Date : 20____/_____/_____
Année Mois Jour

Veuillez svp envoyer votre demande par courriel au guichet des services sociaux généraux à l'adresse suivante :
guichetliaison.ssgeneraux.clscgmf.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca

Pour toute question, discussion ou autre information, veuillez svp nous contacter par courriel à l'adresse ci-haut.