



Installation : _____

DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

D.D.N. (aaaa / mm / jj) : _____

DEMANDE MÉDICALE POUR LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX DE LA PREMIÈRE LIGNE

Ce formulaire s'adresse aux médecins et IPS souhaitant effectuer une demande de services psychosociaux pour un usager. Il est inspiré par le formulaire « Demande de soins et services au CISSSO ».

Section 1 - Information sur le référent : <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmière praticienne spécialisée		
Nom :		Prénom :
N° de permis :	Téléphone :	Adresse courriel :
Nom du GMF ou autre clinique :		Télécopieur :
Signature :		Date de la demande :

Section 2 - Information sur l'usager (Tous les champs sont obligatoires.)		
N° d'assurance maladie :	Date d'expiration :	Disponibilité : <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Soir
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non-binaire, pronom à utiliser :	Langue de communication : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre(s) :	Besoin d'interprète : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse permanente (n° civique, rue, app.)		<input type="checkbox"/> Sans domicile fixe
Ville :	Code postal :	Pays de naissance :
Tél. domicile :	Tél. cellulaire :	Autre moyen pour contacter l'usager :
Adresse courriel :		
Mesure de protection : <input type="checkbox"/> Oui (Préciser ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O		
<input type="checkbox"/> Curateur public <input type="checkbox"/> DPJ <input type="checkbox"/> Représentant légal privée ou mandataire		

Renseignements obligatoires si l'usager a moins de 18 ans		
L'enfant habite avec <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Les deux parents <input type="checkbox"/> Tuteur		
<input type="checkbox"/> Dans une ressource d'hébergement (compléter les informations ci-dessous)		
Nom de la ressource : _____		Depuis quand : _____
Nom de l'intervenant de la ressource d'hébergement :		
<input type="checkbox"/> Parent 1	Nom :	Prénom : D.D.N. :
<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Même adresse que l'enfant <input type="checkbox"/> Autre (compléter les informations ci-dessous)	
	Adresse permanente (n° civique, rue, appartement) : _____	
	Ville :	Code postal :
	Téléphone :	Langue de communication : <input type="checkbox"/> Français
	Courriel :	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre(s) :
		Besoin d'interprète : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Parent 2	Nom :	Prénom : D.D.N. :
<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Même adresse que l'enfant <input type="checkbox"/> Autre (compléter les informations ci-dessous)	
	Adresse permanente (n° civique, rue, appartement) : _____	
	Ville :	Code postal :
	Téléphone :	Langue de communication : <input type="checkbox"/> Français
	Courriel :	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre(s) :
		Besoin d'interprète : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Parent décédé <input type="checkbox"/> Parent non reconnu légalement <input type="checkbox"/> Seulement 1 tuteur	
L'enfant ou le jeune fréquente un milieu scolaire ou une garderie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> S/O		
Nom de l'école/garderie : _____		Niveau de scolarité (s'il y a lieu) :

Nom : _____

Prénom : _____

Installation : _____

N° de dossier : _____

Section 2 – Description de la problématique :
Situation et raison de la référence (<i>Veillez spécifier l'intensité et la fréquence des difficultés et depuis combien de temps elles sont présentes.</i>) : _____ _____
Impact des difficultés sur le fonctionnement de l'utilisateur (<i>Personnel, relationnel, familial et professionnel, sphères de développement atteintes, etc.</i>) : _____ _____
Dans quel milieu de vie l'utilisateur présente-t-il les difficultés? <input type="checkbox"/> Vie familiale <input type="checkbox"/> Milieu scolaire/Garderie <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre(s) Préciser : _____
Attentes exprimées par l'utilisateur et/ou famille et/ou représentant légal : _____ _____
Antécédents psychiatriques, personnels et familiaux : <input type="checkbox"/> Oui (Préciser ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas _____ _____
Diagnostic(s) et conditions associées en lien avec la demande (trouble, déficience, maladie) <input type="checkbox"/> Connus <input type="checkbox"/> En attente d'évaluation Préciser : _____ _____
Informations obligatoires pour référence au guichet DI-TSA-DP : Si l'utilisateur a une hypothèse du trouble du spectre de l'autisme, est-il inscrit en liste d'attente pour une clinique d'évaluation TSA? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser la raison pour laquelle l'utilisateur n'est pas en attente pour une clinique d'évaluation : _____ _____
Médication et posologie (s'il y a lieu) : _____
Problématiques de consommation : <input type="checkbox"/> Oui (Préciser ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogue(s) <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Jeu <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ <input type="checkbox"/> Référence faite vers une ressource en dépendance. Préciser le lieu et la date de référence : _____
Motif(s) de la consultation : <input type="checkbox"/> Précision du diagnostic <input type="checkbox"/> Consultation au guichet d'accès <input type="checkbox"/> Recommandations thérapeutiques Suivi <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Groupe <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
Information requise pour une demande adressée au guichet Soutien à domicile (SAD)
Facteurs de risques pouvant aggraver la situation actuelle de l'utilisateur : Incapacité concernant : <input type="checkbox"/> Activités de la vie domestique (AVD) <input type="checkbox"/> Activités de la vie quotidienne (AVQ) <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> Comportement <input type="checkbox"/> Communication <input type="checkbox"/> Fonctions cognitives Situation de vulnérabilité ou de danger : <input type="checkbox"/> Errance <input type="checkbox"/> Maltraitance <input type="checkbox"/> Deuil/Pertes <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ Conditions du milieu social : <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Support naturel peu ou pas existant <input type="checkbox"/> Aidant tendu, fatigué, épuisé <input type="checkbox"/> Faibles conditions socio-économiques <input type="checkbox"/> Absence ressources communautaires/publiques <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) : <input type="checkbox"/> OCCI complété <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prévu vers date : <input type="checkbox"/> S/O
Information requise pour demande adressée au guichet OLO-Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)
<input type="checkbox"/> Suivi prénatal Date prévue d'accouchement : _____ Premier bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi postnatal Nom du bébé : _____ D.D.N du bébé : _____ Nom du conjoint : _____ Immigration récente (moins de 5 ans) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Analphabétisme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évalué
Critères d'admissibilité : Difficultés financières : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Scolarité : _____ Isolement social : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nom : _____

Prénom : _____

Installation : _____

N° de dossier : _____

Section 3 - Dangerosité :

<input type="checkbox"/> Présence d'idées suicidaires <input type="checkbox"/> Aucune selon l'évaluation	Préciser : _____
<input type="checkbox"/> Présence d'idées homicidaires <input type="checkbox"/> Aucune selon l'évaluation	Préciser : _____
<input type="checkbox"/> Présence de violence familiale/conjugale <input type="checkbox"/> Aucune selon l'évaluation	<input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> Antérieure Préciser : _____ _____
Comportements à risque : <input type="checkbox"/> Oui (préciser ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué <input type="checkbox"/> Idées/Comportements hétéro-agressifs <input type="checkbox"/> Automutilation <input type="checkbox"/> Impulsivité <input type="checkbox"/> Conduites à risque <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ Précisions, s'il y a lieu :	

Section 4 - Services actuels

Nom, prénom du médecin de famille (si différent du référent) : _____

Nom, prénom de l'IPS (si différent du référent) : _____

Nom du GMF ou autre clinique (si différent du référent) : _____

L'utilisateur reçoit-il d'autres services (communautaires, publics, privés)? Oui (précisez ci-dessous) Non Ne sait pas

Section 5 - Consentement de l'utilisateur référé (section obligatoire)

Il est de la responsabilité du référent d'informer l'utilisateur/la personne autorisée à consentir de cette demande de service et de s'assurer de son consentement. Cette autorisation est valable pour une période de 90 jours et peut être révoquée en tout temps.

Usager de moins de 14 ans : Le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur de l'utilisateur de moins de 14 ans consent à :
 Cette demande La transmission par courriel au CISSS de la Montérégie-Centre des documents indiqués ci-dessous
 L'échange des informations pertinentes au traitement/orientation de cette demande entre le référent et le CISSSMC
 Autorisation verbale donnée par (Nom, prénom) : _____

Usager mineur de 14 à 17 ans : L'utilisateur mineur de 14 à 17 ans ou la personne autorisée à consentir consent à :
 Cette demande La transmission par courriel au CISSS de la Montérégie-Centre des documents indiqués ci-dessous
 L'échange des informations pertinentes au traitement/orientation de cette demande entre le référent et le CISSSMC
 L'échange des informations pertinentes au traitement/orientation de cette demande avec ses parents ou l'un de ses parents ou une autre personne :
Nom, prénom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____
Autorisation verbale donnée par Usager mineur de 14 à 17 ans ou Personne autorisée à consentir
Nom, prénom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____

Usager de 18 ans et plus, apte à consentir : L'utilisateur apte de 18 ans et plus consent à :
 Cette demande La transmission par courriel au CISSS de la Montérégie-Centre des documents indiqués ci-dessous
 L'échange des informations pertinentes au traitement/orientation de cette demande entre le référent et le CISSSMC
 Autorisation verbale donnée par l'utilisateur

Usager de 18 ans et plus, inapte à consentir : La personne autorisée à consentir consent à :
 Cette demande La transmission par courriel au CISSS de la Montérégie-Centre des documents indiqués ci-dessous
 L'échange des informations pertinentes au traitement/orientation de cette demande entre le référent et le CISSSMC
 Autorisation verbale donnée par :
Nom, prénom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____

Une autorisation signée est obligatoire pour toutes demandes adressées au guichet DI-TSA-DP.

Autorisation donnée par (Nom, prénom) : _____

Signature de l'utilisateur ou son représentant légal

Date (aaaa-mm-jj)

Nom : _____

Prénom : _____

Installation : _____

N° de dossier : _____

Section 6 - Documents joints à la demande

- Plan d'intervention (PI, PII, PSI) Rapport diagnostique ou d'évaluation Bilan d'intervention Évaluation médicale
 Autre(s) :

Consignes importantes

- Les trajectoires et offres de service déjà établies avec les différents guichets demeurent en fonction et doivent être respectées.
- Si l'envoi de ce formulaire se fait par courriel, vous recevrez un accusé de réception.
- L'utilisateur sera contacté pour traiter la demande de services.
- Veuillez nous informer de tout changement dans la situation de l'utilisateur afin que nous puissions ajuster la priorisation de la demande, si requis.
- Dans le cas où certains documents seraient manquants, le traitement de la demande pourrait être retardé. Veuillez-vous assurer de joindre les documents associés au(x) diagnostic(s). **Veillez noter qu'une demande de service au guichet DI-TSA-DP ne peut être traitée sans les documents associés au(x) diagnostic(s).**
- Dès que le traitement de la demande sera terminé, l'utilisateur sera informé de la décision concernant son orientation et les services disponibles pendant le délai d'attente.
- Dans l'éventualité où l'utilisateur ne peut être rejoint après un message explicite laissé dans une boîte vocale de l'utilisateur ou de sa personne contact ou après 3 tentatives d'appel et l'envoi d'une lettre lorsque requis, la demande de service sera fermée et une nouvelle demande devra être adressée, le cas échéant.

Transmission du formulaire

La demande doit être transmise par courriel et adressée qu'à un seul guichet d'accès. Si l'utilisateur nécessite des services de plus d'une direction, choisir le guichet d'accès correspondant le mieux à la demande actuelle.

- Accueil analyse orientation et référence/Services généraux adultes/Services de proximité en dépendance (AAOR/SGA/SPD)
- RLS Haut-Richelieu-Rouville (CLSC Vallée-des-Forts et CLSC Richelieu) aaor.hrr.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca
 - RLS Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain et CLSC Saint-Hubert) accueilpsychosocialcclm.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca
- Jeunesse : demandeservicesjeunesse.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca
- Déficience intellectuelle/Trouble de spectre de l'autisme/Déficience physique (DI-TSA-DP) :
- RLS Haut-Richelieu-Rouville (CLSC Vallée-des-Forts et CLSC Richelieu) di-dp-tsa.cssshrr16@ssss.gouv.qc.ca
 - RLS Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain et CLSC Saint-Hubert) di-tsa-dp.csssmc16@ssss.gouv.qc.ca
- Accès santé mentale adulte (GASMA)
- RLS Haut-Richelieu-Rouville (CLSC Vallée-des-Forts et CLSC Richelieu) gasma.hhr.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca
 - RLS Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain et CLSC Saint-Hubert) gasma.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca
- Soutien à domicile (pour la clientèle non-ambulatoire)
- RLS Haut-Richelieu-Rouville (CLSC Vallée-des-Forts et CLSC Richelieu) accueil.centralisee.richelieu.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca
 - RLS Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain et CLSC Saint-Hubert) accueilsad.cssscclm16@ssss.gouv.qc.ca
- OLO-Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) :
- RLS Haut-Richelieu-Rouville (CLSC Vallée-des-Forts et CLSC Richelieu) sippeolo.hrr.guichet.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca
 - RLS Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain et CLSC Saint-Hubert) sippe.cclm.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca