



Date de naissance Année Mois Jour			N° de dossier	N° de chambre
N° d'assurance maladie				
Nom à la naissance			Prénom	
Adresse				
Ville		Code postal	N° de téléphone	
Nom de la mère			Prénom de la mère	
Nom du père			Prénom du père	
Médecin traitant				

INSTALLATION : _____

AUTORISATION DE TRANSMISSION

MESURES DE REPRÉSENTATION : VOLET PSYCHOSOCIAL

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

AUTORISATION DE TRANSMISSION DE DOCUMENTS (SECTION RÉSERVÉE AUX TRAVAILLEURS SOCIAUX)

Si c'est un dossier à traiter en urgence, veuillez en cocher la justification : Maltraitance Administration provisoire

Adresse du service des archives : _____

COMPLÉTER LA SECTION QUI S'APPLIQUE À VOTRE SITUATION PARMIS LES 4 SUIVANTES :

1 : OUVERTURE D'UNE TUTELLE PUBLIQUE

- Évaluation psychosociale dans le cadre de l'ouverture d'une tutelle au majeur
- Avis de la personne compétente de l'établissement dans le cadre d'une demande d'ouverture d'une tutelle au Curateur public (Sections 1 à 4 pré-complétés)
- Copie de la pièce d'identité (ex : certificat de naissance, permis de conduire, carte RAMQ)
- La présente autorisation de transmission ET (si besoin)
- Joindre une copie des documents complémentaires suivants :

2- OUVERTURE D'UNE TUTELLE PRIVÉE, D'UNE REPRÉSENTATION TEMPORAIRE OU DE L'HOMOLOGATION D'UN MANDAT

- Évaluation psychosociale dans le cadre de l'ouverture d'une tutelle au majeur
- OU
- Évaluation psychosociale dans le cadre de l'homologation d'un mandat de protection
- OU
- Évaluation psychosociale dans le cadre d'une demande de représentation temporaire
- ET
- Copie de la pièce d'identité (exemple : certificat de naissance, permis de conduire, carte RAMQ)
- ET (si besoin)
- Joindre une copie des documents complémentaires suivants :

FDCU-ZZ-006

<p>3- RÉÉVALUATION D'UNE TUTELLE PUBLIQUE OU PRIVÉE CONCLUANT AU MAINTIEN DE LA TUTELLE OU LORS DE LA MODIFICATION DU DÉLAI</p> <p><input type="checkbox"/> Avis de l'évaluateur dans le cadre d'une réévaluation <i>concluant au maintien de la tutelle</i></p> <p>OU</p> <p><input type="checkbox"/> Rapport de l'évaluateur quant à <i>la modification du délai</i> de réévaluation</p> <p>ET</p> <p><input type="checkbox"/> Rapport de réévaluation psychosociale complémentaire</p> <p><input type="checkbox"/> La présente autorisation de transmission</p>	<p>4- RÉÉVALUATION D'UNE TUTELLE PUBLIQUE OU PRIVÉE CONCLUANT À LA MODIFICATION DE LA NATURE, DES MODULATIONS OU À LA FIN DE LA TUTELLE</p> <p><input type="checkbox"/> Réévaluation psychosociale dans le cadre d'une tutelle (modification de la nature, des modulations ou fin de la tutelle)</p> <p><input type="checkbox"/> Avis dans le cadre d'une réévaluation de tutelle recommandant de modifier la tutelle ou d'y mettre fin (sections 1 à 3 pré-complétées)</p> <p><input type="checkbox"/> La présente autorisation de transmission</p> <p style="padding-left: 20px;">ET (si besoin)</p> <p><input type="checkbox"/> Joindre une copie des documents complémentaires suivants : _____</p>	
<p>Les dates de réévaluations sont synchronisées entre le volet médical et psychosocial : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>		
<p>Une copie des documents doit être transmise à l'utilisateur :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, nous demandons à l'archiviste de transmettre une copie à l'utilisateur</p> <p><input type="checkbox"/> Pour une raison exceptionnelle, une copie de l'évaluation ne doit pas être remise à la personne visée.</p> <p>Précisez : _____</p>		
<p>Par la présente, j'autorise la transmission des documents ci-haut mentionnés par l'archiviste au destinataire.</p> <p>Informations sur le destinataire (tuteur privé, mandataire, Curateur public, juriste) :</p> <p>Nom, prénom : _____</p> <p>En sa qualité de : _____</p> <p>Adresse complète : _____</p> <p>Numéro de téléphone : _____</p> <p>Informations sur le travailleur social :</p> <p>Nom, prénom : _____</p> <p>Adresse complète : _____</p> <p>Numéro de téléphone : _____</p>		
Signature	Nom en caractère d'imprimerie	Date
<p>*Transmettre les documents au Bureau de l'adulte en situation de vulnérabilité (BASV) à l'adresse courriel suivante : regdeprot.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca</p>		
<p>DOCUMENTS TRANSMIS (SECTION RÉSERVÉE À L'ARCHIVISTE)</p>		
<p>Nom de l'archiviste : _____</p>		
<p>Nom de la ou des personne(s) à qui les documents ont été transmis : _____</p>		
<p>Mode de transmission utilisé :</p> <p><input type="checkbox"/> Courrier interne <input type="checkbox"/> Poste régulière <input type="checkbox"/> Courrier recommandé <input type="checkbox"/> En personne</p>		
Signature	Nom en caractère d'imprimerie	Date