



INSTALLATION : \_\_\_\_\_

## DEMANDE DE SERVICE

### FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE À L'ACCUEIL PSYCHOSOCIAL – POUR LES PARTENAIRES

DATE 

		Année				Mois			Jour		
--	--	-------	--	--	--	------	--	--	------	--	--

Date de naissance		N° de dossier	
N° d'assurance maladie			
Nom à la naissance		Prénom	
Adresse			
Ville	Code postal	N° de téléphone	
Nom et prénom de la mère/représentante légale			
Nom et prénom du père/représentant légal			

#### ORIENTATION DES DEMANDES DE SERVICES POUR LE JEUNE DE 0-18 ANS ET SA FAMILLE



Jeune présentant des besoins d'ordre biopsychosocial (logement, nourriture, vêtement, difficultés parentales ou émotionnelles etc.) : **Compléter et faire parvenir ce formulaire à l'accueil psychosocial de votre territoire.**



Jeune présentant des idées suicidaires ou homicidaires : **Référer à info-social via le 1 866-APPELLE (1 866-277 3553)**



Jeune victime d'abus physique, sexuel ou de maltraitance : **Signaler à la DPJ via le 1 800 463-1029**

**Situation ou problème présenté :** (Décrivez la problématique vécue dans les milieux de vie de la personne qui motive la référence. Décrivez précisément les comportements ou la situation actuelle.)

**Diagnostic posé par un professionnel habileté (s'il y a lieu) :**

FDCU-PSC-004

<b>Éléments pertinents du contexte en lien avec le problème :</b> (Exemple : facteurs biopsychosociaux, perte, deuil, précarité financière, handicap, maladie, etc.)	
<b>Éléments de vulnérabilité et/ou facteurs de risque :</b>	
<input type="checkbox"/> Idées suicidaires (joindre la grille d'estimation du risque suicidaire si complétée)	<input type="checkbox"/> Comportements agressifs/violents
<input type="checkbox"/> Idées/Pensées homicidaires	<input type="checkbox"/> Situation/Risque d'itinérance
<input type="checkbox"/> Isolement ou absence de réseau de soutien	<input type="checkbox"/> Problème judiciaire
<input type="checkbox"/> Épuisement du réseau actuellement en place	<input type="checkbox"/> Échec scolaire
<input type="checkbox"/> Enjeux financiers importants	<input type="checkbox"/> Désorganisation comportementale/psychologique importante
<input type="checkbox"/> Intimidation	<input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> Dépendance alcool/drogue/jeux Précisez : _____	
<b>Services professionnels actuels :</b> (Indiquez les suivis avec médecin(s), spécialiste(s), intervenant(s), etc.)	
<b>Attentes du référent :</b> (Indiquez la raison pour laquelle vous soumettez cette demande)	
<b>Attentes de l'utilisateur/parent/représentant légal :</b> (Décrivez les besoins exprimés par l'utilisateur/parent/ représentant légal)	
<b>Consignes pour joindre l'utilisateur/parent/représentant légal:</b> (Ajoutez toutes les informations de contact supplémentaires et indiquez le meilleur moment pour joindre l'utilisateur/parent/représentant légal).	
<b>Résultats d'évaluation d'outils validés, s'il y a lieu, à joindre :</b> (évaluation réalisée par un professionnel)	

☐ **À l'attention de la personne qui reçoit ce formulaire :** Si cette case est cochée, veuillez contacter le référent.

<b>Consentement</b>												
En tant que usager (14 ans et plus), parent ou représentant légal, je consens à ce que ce présent formulaire soit envoyé à l'accueil psychosocial, le (date) : _____												
Signature de l'usager/parent/ représentant légal  <input type="checkbox"/> Consentement verbal obtenu le (date) : _____	Nom en caractère d'imprimerie	Date										
Signature du référent	Nom en caractère d'imprimerie	Date										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Organisation</td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Nom du référent</td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Adresse</td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Courriel</td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Téléphone</td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>			Organisation		Nom du référent		Adresse		Courriel		Téléphone	
Organisation												
Nom du référent												
Adresse												
Courriel												
Téléphone												
DATE DE RÉFÉRENCE :												
Faire parvenir le formulaire à l'adresse courriel suivante (selon votre territoire) :												
<input type="checkbox"/> Sherbrooke: accueilpsychosocial.sherbrooke.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca <input type="checkbox"/> Memphrémagog: accueilpsychosocial.mm@ssss.gouv.qc.ca <input type="checkbox"/> Coaticook: accueilpsychosocial.coaticook@ssss.gouv.qc.ca <input type="checkbox"/> Val Saint-François: accueilpsychosocial.vsf@ssss.gouv.qc.ca <input type="checkbox"/> Haut-St-François: accueilpsychosocial.hsf@ssss.gouv.qc.ca <input type="checkbox"/> Val-Des-Sources: accueilpsychosocial.dessources@ssss.gouv.qc.ca <input type="checkbox"/> Granit: accueilpsychosocial.granit@ssss.gouv.qc.ca <input type="checkbox"/> Haute-Yamaska: accueilpsychosocial.cssshy16@ssss.gouv.qc.ca <input type="checkbox"/> La Pommeraie: accueilpsychosocial.cssslp16@ssss.gouv.qc.ca												