



INSTALLATION : _____

DEMANDE DE SERVICE

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

DATE Année Mois Jour

Date de naissance	Nº de dossier	
Nº d'assurance maladie		
Nom à la naissance	Prénom	
Adresse		
Ville	Code postal	Nº 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.)

FDCU-PSC-004

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

Eléments pertinents du contexte en lien avec le problème : (Exemple : facteurs biopsychosociaux, perte, deuil, précarité financière, handicap, maladie, etc.)

Eléments de vulnérabilité et/ou facteurs de risque :

<input type="checkbox"/> Idées suicidaires (joindre la grille d'estimation du risque suicidaire si complétée)	<input type="checkbox"/> Comportements agressifs/vioents
<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 : _____	

Services professionnels actuels : (Indiquez les suivis avec médecin(s), spécialiste(s), intervenant(s), etc.)

Attentes du référent : (Indiquez la raison pour laquelle vous soumettez cette demande)

Attentes de l'usager/parent/représentant légal : (Décrivez les besoins exprimés par l'usager/parent/ représentant légal)

Consignes pour joindre l'usager/parent/représentant légal: (Ajoutez toutes les informations de contact supplémentaires et indiquez le meilleur moment pour joindre l'usager/parent/représentant légal).

Résultats d'évaluation d'outils validés, s'il y a lieu, à joindre : (évaluation réalisée par un professionnel)

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

Consentement

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

Nom en caractère d'imprimerie

Date

Consentement verbal obtenu le (date) : _____

Signature du référent

Nom en caractère d'imprimerie

Date

Organisation

Nom du référent

Adresse

Courriel

Téléphone

DATE DE RÉFÉRENCE :

Faire parvenir le formulaire à l'adresse courriel suivante (selon votre territoire) :

- Sherbrooke: accueilpsychosocial.sherbrooke.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca
- Memphrémagog: accueilpsychosocial.mm@ssss.gouv.qc.ca
- Coaticook: accueilpsychosocial.coaticook@ssss.gouv.qc.ca
- Val Saint-François: accueilpsychosocial.vsf@ssss.gouv.qc.ca
- Haut-St-François: accueilpsychosocial.hsf@ssss.gouv.qc.ca
- Val-Des-Sources: accueilpsychosocial.dessources@ssss.gouv.qc.ca
- Granit: accueilpsychosocial.granit@ssss.gouv.qc.ca
- Haute-Yamaska: accueilpsychosocial.cssshy16@ssss.gouv.qc.ca
- La Pommeraie: accueilpsychosocial.csslp16@ssss.gouv.qc.ca