|  |  |
| --- | --- |
| CISSS_Laval_N_BVersion électronique | **Formulaire de référence**Demande de services externes Hôpital juif de réadaptation |
|  |  |
| **Nous joindre :**  |  | **Date de réception ▶** | **À L’USAGE DU GUICHET** |
| 3205, place Alton-Goldbloom Laval (Québec) H7V 1R2  |  |  |
| Tél. 450 688-9550, poste 213 | Téléc. 450 688-0421 |  |  |
| Courriel : aeoexterne\_hjr@ssss.gouv.qc.ca |  |  |
| Site web : www.lavalensante.com |  |  |
|  |
| 1. Référent |  |
| NOM DU RÉFÉRENT | COURRIEL |
|       |       |
| TITRE | TÉLÉCOPIEUR |
|       |       |
| ÉTABLISSEMENT/PROGRAMME | TÉLÉPHONE | POSTE |
|       |       |       |
| **Consentement** |
| L’usager ou son représentant a été informé et consent à la référence et à la transmission de l’information à son sujet : |
|[ ]  Oui |[ ]  Non  |
|  |
| 2. Identification |  |
| **Identification de l’usager** |
| NOM DE FAMILLE | PRÉNOM |
|       |       |
| DATE DE NAISSANCE | ÂGE | NAM | EXPIRATION |
|       |       ans |       |       |
| SEXE | LANGUE PARLÉE |
| [ ]  Féminin [ ]  Masculin | [ ]  Français [ ]  Anglais [ ]  Autre(s) :  |       |
| Statut civil 🞂 | [ ]  Célibataire | [ ]  Conjoint de fait | [ ]  Marié(e) | [ ]  Séparé(e)/divorcé(e) | [ ]  Veuf(ve) |
| Milieu de vie 🞂 | [ ]  Seul(e)  | [ ]  RI-RTF | [ ]  Famille d’accueil | Autre, précisez :       |
|  | [ ]  Autre personne significative | [ ]  CJ | [ ]  Garde partagée |  |
|  | [ ]  Parent(s) | [ ]  CHSLD | [ ]  Monoparentale  |  |
| **Adresse de l’usager** |
| ADRESSE (numéro, rue, ville) | CODE POSTAL |
|       |       |
| TÉL. DOMICILE | TÉL. CELLULAIRE | TÉL. TRAVAIL | COURRIEL |
|       |       |       |       |
| **Coordonnées des parents** |
| [ ]  **Même adresse que l’usager** | [ ]  **Même adresse que l’usager** |
| NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE – **OBLIGATOIRE** | NOM ET PRÉNOM DU PÈRE – **OBLIGATOIRE** |
|       |       |
| ADRESSE (si pertinent) | ADRESSE (si pertinent) |
|       |       |
| TÉL. DOMICILE | TÉL. CELLULAIRE | TÉL. DOMICILE | TÉL. CELLULAIRE |
|       |       |       |       |
| TÉL. TRAVAIL | COURRIEL | TÉL. TRAVAIL | COURRIEL |
|       |       |       |       |
| **Agent payeur** |
|  [ ]  CNESST (CSST) | [ ]  IVAC | [ ]  SAAQ | No dossier :       |
|  |
| 3. Renseignements médicaux |  |
| **Diagnostic principal :** |
| Précisez :  |       |
| Date d’évènement /chirurgie /apparition de la maladie (si applicable) :  |       |
| **Autres diagnostics et conditions associées :** |
| Précisez :  |       |
|  |
| 4. Mesures légales |  |
| *(Protection de la jeunesse, régime de protection, ordonnance et autres)* |
| Précisez :  |       |
|  |
| 5. Information sur la situation  |  |
| **État de la situation (problématique et impact)** |
| Précisez :  |       |
| **Élément déclencheur (pourquoi maintenant) :**  |
| Précisez : |       |
| **Besoins identifiés par l’usager et sa famille :** |
| Précisez :  |       |
|  **Interventions/suivis antérieures (solutions tentées) :** |
| Précisez :  |       |
| **Facteurs de risque et de protection (Ex. : risques liés à des problématiques de santé mentale et dépendance, idéations suicidaires chez l’usager et proche aidant, forces, réseau de la personne) :** |
| Précisez :  |       |
|  |
| 6. Motif de la référence |  |
| Précisez :  |       |
|  **Note : Se référer à l’aide-mémoire afin de compléter et joindre les documents obligatoires.** |
|  |
| 7. Personne lien |  |
| **Personne à contacter (autre que les parents)** |
| NOM DE FAMILLE | PRÉNOM | LIEN |
|       |       |       |
| TÉL. DOMICILE | TÉL. CELLULAIRE |  |
|       |       |  |
|  |
| 8. Nom de la personne ayant complété la demande |  |
|  |       |  |       |  | date |  |
|  | Nom |  | Fonction |  | Date |  |