



**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR  
SERVICES DE PROXIMITÉ  
(FP-CISS-6069)**

**1. IDENTIFICATION**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Nom du père : \_\_\_\_\_ Prénom père : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Prénom mère : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Médecin traitant : \_\_\_\_\_  
Coord. pharmacie : \_\_\_\_\_  
Vit avec :  Père  Mère  Père et mère  Seul  Autre

**2. DESCRIPTION SUCCINCTE DE LA SITUATION ACTUELLE (motif de référence / élément déclencheur / diagnostic pertinent à la demande)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. OPINION DU RÉFÉRENT QUANT AU NIVEAU DE RISQUE, DE VULNÉRABILITÉ**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. BESOINS IDENTIFIÉS...**

**Par l'utilisateur :**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Par sa famille :**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Par la personne référente :**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom, prénom de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ N° dossier : \_\_\_\_\_

### 5. ACTIONS MISES EN PLACE ET HISTORIQUE DES SERVICES

6. CONSOMMATION (Drogue – Alcool – Jeu – Médication)  Oui  Non  Non-évalué

(joindre les grilles d'évaluation, s'il y a lieu)

### 7. CONSENTEMENT

a) L'utilisateur de 14 ans et plus est informé de la demande ?  Oui  Non, pourquoi ?

Garde légale :  Père  Mère  Autre

Régime de protection :  Curatelle  Tutelle  Mandat d'inaptitude

b) Si applicable, les tuteurs légaux (ex. : parents) sont informés de la demande ?  Oui  Non, pourquoi ?

c) L'utilisateur est en mesure de comprendre la demande de service?  Oui  Non, pourquoi ?

### 8. COMMENTAIRES

Joindre les rapports pertinents, les évaluations ainsi que les plans d'intervention (si disponible, joindre le profil pharmacologique)

**Veillez inscrire les renseignements suivants en caractères d'imprimerie**

Date

Nom du référent / titre

Organisme

Num de téléphone / poste

Signature : \_\_\_\_\_

AUTORISATION À TRANSMETTRE LES INFORMATIONS DE L'USAGER  Oui  Non