

<b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud- de-l'Île-de-Montréal</b> 	No de dossier :	RAMQ :
	Nom :	Prénom :
	DDN : ( )	Sexe :
	Début épisode :	No ch. :
	Md traitant :	

\*SM01224\*

## RÉFÉRENCE AU MÉCANISME D'ACCÈS SANTÉ MENTALE

Adulte     Jeunesse

Sexe à la naissance :  F     M

Pronom :  il     elle     iel     Autre : \_\_\_\_\_

Identité de genre :  Cis     Trans     Autre : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Langue usuelle :  Français     Anglais     Autre : \_\_\_\_\_

Nom du parent 1 ou tuteur.trice légal.e : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du parent 2 ou tuteur.trice légal.e : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Motif de la référence et médication

Motifs de la référence : \_\_\_\_\_

Impression diagnostique ou diagnostic (si connu) : \_\_\_\_\_

Médication : \_\_\_\_\_

Problème de dépendance :  Oui, lequel : \_\_\_\_\_  Non

Risque suicidaire :  Oui, lequel : \_\_\_\_\_  Non

Danger envers autrui :  Oui, lequel : \_\_\_\_\_  Non

Autres suivis ou observations : \_\_\_\_\_

**N.B. Veuillez joindre tout document pertinent à l'étude du dossier, tel que : évaluations antérieures, rapports médicaux, etc.**

Signature complète : \_\_\_\_\_