


<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 légale : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du parent 2 ou tuteur.trice légale : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_