



DLM122

Nom à la naissance

Prénom

**DEMANDE DE SERVICE EN SANTÉ MENTALE
JEUNESSE (0-17 ANS) (à l'usage exclusif des médecins)**

Dossier

ENFANT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance :

AA	MM	JJ
----	----	----

 Sexe : F M

Origine ethnique : _____

Adresse : _____

Langue usuelle : Français Anglais Autre : _____

École : _____

Nom du médecin traitant : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Expiration : _____

IDENTIFICATION DES PARENTS

Nom de la mère : _____ Adresse : _____

Maison : _____ Cellulaire : _____ Travail : _____

Occupation : _____

Langue usuelle : Français Anglais Autre (précisez) : _____

Statut civil : _____ Date de naissance :

AA	MM	JJ
----	----	----

Informée et consentante à la demande : Oui Non

Nom du père : _____ Adresse : _____

Maison : _____ Cellulaire : _____ Travail : _____

Occupation : _____

Langue usuelle : Français Anglais Autre (précisez) : _____

Statut civil : _____ Date de naissance :

AA	MM	JJ
----	----	----

Informé et consentant à la demande : Oui Non

Statut des parents : Mariés/ conjoints de fait Séparés Divorcés Depuis ? _____

PROBLÈME MOTIVANT LA DEMANDE, ÉTAT DE LA SITUATION DE SANTÉ MENTALE JEUNESSE

FACTEURS AYANT CONTRIBUÉ AU DÉCLENCHEMENT DE LA PROBLÉMATIQUE (pourquoi consulter aujourd'hui ?)

FACTEURS QUI RISQUENT D'AGGRAVER LA SITUATION

OPINIONS CLINIQUES

Recommandation : Évaluation Suivi Consultation pour l'intervenant Référence
 Autre _____

Formulaire complété par : _____

Fonction : _____

Coordonnées : _____

Date _____

Signature _____

AUTORISATION DE COMMUNICATION

Par la présente, j'autorise _____ (nom du médecin), de l'établissement _____ (nom de l'établissement), à faire parvenir toutes les informations pertinentes à l'étude de mon dossier à l'équipe santé mentale jeunesse du CSSS de la Montagne.

J'autorise les intervenants du programme Santé mentale jeunesse du CSSS de la Montagne à informer _____ (nom du référant) de l'orientation des services pour moi et/ou mon enfant à la suite de la référence de ce programme.

Date _____

Signature du parent ou bénéficiaire _____

Veillez imprimer le formulaire et le retourner à l'adresse suivante :

Guichet d'accès jeunesse
CSSS de la Montagne
Montréal (Québec) H3N 1Y9
Téléphone : 514 731-1386 poste 2281
Télécopieur : 514 380-5515