



ODIM0309

N° dossier / Chart n°

DDN / DOB

Sexe / Sex

Nom / Name

Prénom / First Name

Nom de la mère / Name of mother

Adresse / Address

Tél. / Tel.

N° assurance maladie / Medicare Card N°

Expiration

IUSMD    HSA    CHSM    HGL  
 HLAS    CHSLD

**SERVICE RÉTABLISSMENT ET INTÉGRATION  
SOCIALE / FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE**

**IMPORTANT**

1. Assurez-vous que les renseignements sont complets pour le traitement de la demande par l'équipe clinique du service rétablissement et intégration sociale.
2. **À remplir par l'intervenant(e) principal(e) et la personne qui demande des services.**

**À remplir par l'intervenant(e) principal(e)**

Nom de l'intervenant(e) principal(e) (lettres moulées) :

Signature de l'intervenant(e)

N° de permis professionnel

Date (AAAA/MM/JJ)

Fonction/ titre d'emploi :

Service :

Psychiatre :

**Identification de la personne qui demande des services**

Adresse courriel :

Pronom utilisé (il/elle/iel...) :

**À remplir par la personne qui demande des services**

Partagez-nous les objectifs de rétablissement, espoirs et/ou projet(s) de vie qui vous incitent à vous diriger vers le service rétablissement et intégration sociale.

Quelle sont vos forces et ressources (personnelles et sociales) ? (Exemples de ressources : famille, ami(e)s, lieux d'appartenance, travail, éducation, stratégies de gestion de stress et symptômes, etc.)

Quel(s) programme(s) ou activité(s) vous intéresse(nt) à première vue?

Activités physiques thérapeutiques

Ateliers d'art - Les Impatients

Votre choix (max: 2 choix) :

Centre d'apprentissage Santé

Service de Pair-Aidant

1.

Rétablissement

Programme de Soutien en

2.

Horticulture

emploi-études IPS



ODIM0309

N° dossier / Chart n°

Nom / Name

Prénom / First Name

Avez-vous des inquiétudes en lien avec votre participation aux activités de rétablissement (p. ex. : gestion des émotions, activité en groupe, souplesse d'horaire, rencontre individuelle au besoin, etc.) ?

Quel soutien pourrait faciliter votre participation aux activités?

Fréquentez-vous ou avez-vous fréquenté des ressources au Douglas ou en communauté? Si oui, veuillez préciser lesquelles?

Quel est votre niveau de motivation à participer à des activités de rétablissement ?

(1=peu motivé(e) et 10=extrêmement motivé(e))

1    2    3    4    5

6    7    8    9    10

Existe-t-il une **CONDITION PHYSIQUE ET/OU MÉDICALE** pouvant avoir un impact sur la participation?

Commentaires en lien avec la demande ou la prise de rendez-vous.

**Autorisation relative à la communication de renseignements contenus dans les dossiers médicaux.**

Je, \_\_\_\_\_, autorise mon équipe référente ainsi que le service rétablissement et intégration sociale à échanger toute information pertinente à ma demande.

*Il faut s'assurer que les personnes qui signent le présent formulaire sont autorisées à le faire. Au besoin, veuillez indiquer à quel titre (tuteur ou curateur) la personne est autorisée à signer.*

Signature (usager ou personne autorisée)

Date (AAAA/MM/JJ)

*Section réservée à l'usage du Service rétablissement et intégration sociale.*

**Le formulaire de requête et autres documents doivent être acheminés via :**

**Courriel à [servicesderetablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:servicesderetablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca)**