



**Maison le Ricochet**  
« Ici, l'espoir renaît »

## Formulaire de demande de services

Les renseignements demandés visent à mieux desservir la personne lors de son arrivée chez-nous. Nous vous remercions de votre collaboration.

### 1. Identification de la personne référée :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

No. de téléphone : ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

No. d'assurance sociale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

No. d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(jour) (mois) (année)

Sexe :                    *féminin*      *masculin*

Langues parlées :      *français*      *anglais*

Personne significative : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Numéro téléphone

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Intervenant référant : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**2. Objectif de la référence :**

Hébergement

Intégration socio-professionnelle

Suivi variable

Suivi intensif

Centre de jour (activités)

**3. Intervenants et / ou ressources impliquées (avec numéros de téléphone) :**

---

---

**4. Profil de santé :**

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Nombre d'hospitalisations : \_\_\_\_\_ Où : \_\_\_\_\_

Date du début de la problématique en santé mentale : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(jour) (mois) (année)

Déficiência intellectuelle :            oui            non

Degré :            léger            moyen            lourd

Autres informations : \_\_\_\_\_

État physique : \_\_\_\_\_

---

Maladie infectieuse actuellement :            oui            non

Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_

Problèmes antérieurs ou actuels d'alcoolisme ou de toxicomanie :

oui    non

Si oui, date approximative d'arrêt de surconsommation : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(jour) (mois) (année)

**5. Milieu de vie :**

Dernier milieu de vie :            familial            milieu substitut

Autonome    Centre hospitalier

Durée : \_\_\_\_\_

Particularité / restriction : \_\_\_\_\_

**6. Source de revenus :**

---

**7. Médication :**

*Médicaments prescrits actuellement (dosage et PRN) :*

---

---

*oui non*

*Accepte et comprend son besoin de médicaments*

*Connaît ses médicaments et les effets secondaires*

*Peut gérer seul ses médicaments*

*Besoin de rappels fréquents*

*Fidèle au traitement*

*Besoin fréquent de P.R.N.*

**8. État relationnel et social :**

*oui non*

*A un ou des enfants*

*Maintient ses contacts avec sa famille*

*Maintient des contacts avec d'autres personnes que sa famille*

*Maintient des contacts avec des intervenants du réseau de service (activités organisées, ateliers, etc.)*

*Travaille actuellement*

*Situation professionnelle :* \_\_\_\_\_

---

**9. Fonctionnement général :**

*oui non*

*Risque suicidaire*

*Risque de violence ou d'agressivité physique*

*Risque de violence ou d'agressivité verbale*

*Collabore généralement bien*

*Sait communiquer ses besoins*

*Motivé au changement*

*Reconnaît souffrir de difficultés en santé mentale*

*Connaît les symptômes, stressseurs et signes précurseurs associés à une rechute ou à sa dangerosité, si oui, quels sont-ils?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Gère son budget seul*

**10. Documents à remettre, si possible :**

- *Copie disponible de la dernière évaluation psychiatrique et/ou copie du résumé de dossier*
- *Copie disponible de la dernière évaluation physique si faite dans les derniers six mois*
- *Autres :* \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature du référant:** \_\_\_\_\_

**Signature de la personne référée:** \_\_\_\_\_

*Révisé février 2009*