



MR60747

Identification de l'utilisateur

Dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

D.D.N. _____ - _____ - _____

AAAA

MM

JJ

DEMANDE DE CONSULTATION AU CEF-TC

Centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement (CEF-TC)			
1. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES¹			
État civil : _____		Scolarité : _____	
		Sexe : F M	
Situation socioprofessionnelle : _____			
Milieu de vie: _____			
Adresse : _____			
Représentant légal s'il y a lieu (précisez) :		Tutelle Curatelle Privée Publique	
Nom et coordonnées : _____			
2. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR			
Intervenant demandeur :			
Nom	Titre ou fonction	Téléphone	Courriel
Équipe présentant la demande :			
Équipe	Programme-service	Gestionnaire	
Répondant multiproblématique :			
Nom		Coordonnées	
Professionnels et/ou partenaires au dossier :			
Nom	Titre ou fonction	Téléphone	Courriel
Médecin de famille ou traitant :			
Nom		Coordonnées	

¹ S'il s'agit d'une demande sans usager ciblé, remplir les sections pertinentes à partir du point 2.

Nom :

Prénom :

Site :

N° Dossier :

***En complément aux questions qui suivent, joindre les documents pertinents, s'il y a lieu.**

3. Description sommaire de la situation problématique ayant mené, à ce moment-ci, à la présente demande :

4. Quelles sont les étapes franchies jusqu'à maintenant?

Nom :

Prénom :

Site :
N° Dossier :

5. Quelles sont les étapes à venir (prévues et/ou à élaborer)?

6. Y a-t-il des investigations, antérieures et à venir, en lien avec la problématique actuelle?

7. Quelles sont vos attentes/demandes envers l'équipe du CEF-TC?

Nom :

Prénom :

Site :

N° Dossier :

8. Description de la situation familiale/réseau social :

9. Utilisation de services (ex. : urgence, hospitalisation, centre de prévention suicide, 811, 911, etc.) :

10. Habitudes de consommation (drogues, alcool, jeux, médicaments) :

Nom :

Prénom :

Site :

N° Dossier :

11. Judiciarisation (LSJPA, dossier criminel, évaluation médico-légale, ordonnance d'hébergement et/ou de traitement, incarcération, intervention policière) :

12. Diagnostics :

13. Médication (joindre le profil pharmacologique) :

Nom :

Prénom :

Site :
N° Dossier :

14. Quels sont les facteurs de protection identifiés?

Blank space for identifying protection factors.

15. Quelles perceptions avez-vous quant au niveau de risque présenté par la situation problématique :

	1 Inexistant	2 Faible	3 Moyen	4 Élevé	5 Très élevé
Usager					
Proches					
Milieu de vie					
Occupationnel					
Équipe					

16. Signature des demandeurs :

Nom de l'intervenant : _____ Fonction : _____
(lettres moulées)

Signature de l'intervenant : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ

Nom du leader clinique : _____ Fonction : _____
(lettres moulées)

Signature du leader clinique _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ

Nom du gestionnaire du service _____ Fonction : _____
(lettres moulées)

Signature du gestionnaire du service : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ

S'il s'agit d'une situation multiproblématique où le répondant multiproblématique est ou pourrait être impliqué, veuillez lui acheminer la présente demande. Sinon, veuillez acheminer celle-ci directement au CEF-TC : cef-tc.ciussmcq@ssss.gouv.qc.ca.

Nom :

Prénom :

Site :

N° Dossier :

Réservé au répondant multiproblématique si requis

17. Si le répondant multiproblématique concerné a été impliqué, indiquer les actions posées le cas échéant :

Nom du répondant
multiproblématique : _____ Fonction : _____
(lettres moulées)

Signature du répondant
multiproblématique : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ

Acheminer cette demande à l'adresse : cef-tc.ciussmca@ssss.gouv.qc.ca