

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE AU
SERVICE DE STABILITÉ RÉSIDENTIELLE AVEC ACCOMPAGNEMENT HAUT-RICHELIEU/ROUVILLE**

NOM		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE		ÂGE																												
DE QUELLE RÉGION ARRIVE-T-ELLE?						COMMENT REJOINDRE LA PERSONNE?																												
Haut-Richelieu/Rouville _____ Autre région (spécifiez) _____						_____																												
TYPE D'ITINÉRANCE / PROVIENT DE?			AUTRES SERVICES			L'USAGER A DES PAPIERS?																												
<table border="1"> <tr><td>Chronique</td><td></td></tr> <tr><td>Épisodique</td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td></tr> </table>			Chronique		Épisodique				<table border="1"> <tr><td>Hôpital</td><td></td></tr> <tr><td>Détention</td><td></td></tr> <tr><td>Proches</td><td></td></tr> <tr><td>Autres (spécifiez)</td><td></td></tr> </table>			Hôpital		Détention		Proches		Autres (spécifiez)		<table border="1"> <tr><td>Santé mentale 1^e ligne</td><td></td></tr> <tr><td>Santé mentale 2^e ligne</td><td></td></tr> <tr><td>Autre programme clientèle</td><td></td></tr> <tr><td>Communautaire</td><td></td></tr> </table>			Santé mentale 1 ^e ligne		Santé mentale 2 ^e ligne		Autre programme clientèle		Communautaire		<table border="1"> <tr><td>Oui</td><td>Non</td></tr> </table>		Oui	Non
Chronique																																		
Épisodique																																		
Hôpital																																		
Détention																																		
Proches																																		
Autres (spécifiez)																																		
Santé mentale 1 ^e ligne																																		
Santé mentale 2 ^e ligne																																		
Autre programme clientèle																																		
Communautaire																																		
Oui	Non																																	
						DÉMARCHE RAMQ EN COURS																												
						<table border="1"> <tr><td>Oui</td><td>Non</td></tr> </table>		Oui	Non																									
Oui	Non																																	
REPÉRAGE EN PRÉVENTION SUICIDE						DIAGNOSTIC(S)/MEDICATION(S)																												
Usager pense actuellement au suicide <i>(ex : Est-ce que vous pensez au suicide ?)</i>				Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		_____																												
Usager a pensé au suicide dans les derniers mois <i>(ex : Avez-vous pensé au suicide dans les derniers mois ?)</i>				Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		_____																												
Usager a fait une tentative de suicide dans la dernière année <i>(ex : Avez-vous déjà tenté de vous suicider ?)</i>				Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		_____																												
Si oui à une des conditions, procéder à l'évaluation du risque suicidaire à l'aide du formulaire <i>Rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire MC-25 (Rev-2018-05)</i>						_____																												
Rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire complété				Fait <input type="checkbox"/>		_____																												
CONSOMMATION/DÉPENDANCE						* Joindre annexe si espace insuffisant																												
Alcool ___ Drogues ___ Médicaments ___ Jeux _____ Outil utilisé pour évaluation : AUDIT ___ DAST ___ DEBA-JEU _____																																		
CONTEXTE ACTUEL DE LOGEMENT (BESOINS, RAISONS, MOTIVATIONS, ETC.)																																		

Nom de l'organisme référent _____ Numéro de téléphone _____

Nom de la personne référente _____ Date de la référence _____

L'usager consent au partage d'informations aux partenaires SRA HRR _____

Signature de l'usager