

Document de référence

Coordonnées

Prénom: _____

Nom: _____

Adresse: _____

No de tél.: _____

âge: _____

Date de naissance: _____

Autogestion de l'estime de soi

Art-thérapie de groupe

Autogestion de la dépression

Milieu de vie

Autogestion de l'anxiété

Atelier de création: _____

Atelier de croissance personnelle

Service individuel

Autre: _____

Service 12-18 ans

Motif de la référence et formulation de la demande faite par la personne :

Informations complémentaires:

1. Diagnostic(s) :

2. Symptômes :

3. Contexte psychosocial actuel (logement, études ou travail, revenu, état civil, enfants, etc.). Stabilité?

4. Facteurs de prédisposition (hérédité, milieu familial, inversion des rôles dans l'enfance, tempérament, abus, négligence, surprotection, etc.) :

5. Impacts du problème dans sa vie (interpersonnelle, professionnelle, personnelle) :

AUTORISATION DE TRANSMETTRE CE FORMULAIRE ET DE COMMUNIQUER LES INFORMATIONS PERTINENTES POUR LE PROGRAMME DE GESTION DE L'ANXIÉTÉ ENTRE L'ORGANISME RÉFÉRENT ET UN INTERVENANT DE L'ORGANISME L'ÉVEIL, RESSOURCE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE, ET CE, POUR UNE PÉRIODE DE ____JOURS.

Date

Signature de l'utilisateur ou du répondant

Date

Signature de l'intervenant référent

Organisme référent

Veillez prendre note que ce questionnaire n'est en aucun cas obligatoire pour recommander quelqu'un vers les services de l'Éveil. Ceci se veut un outil supplémentaire. Les intervenants peuvent continuer d'appeler, d'envoyer un courriel ou la personne peut contacter une intervenante elle-même. De plus, l'autorisation de communiquer des renseignements peut être révoquée à tout moment par le membre.