

Document de référence

Coordonnées

Prénom:		Nom:	
Adresse:			
No de tél.:	Âge:	Date de naissance:	

Autogestion de l'estime de soi	<input type="checkbox"/>	Art-thérapie de groupe	<input type="checkbox"/>
Autogestion de la dépression	<input type="checkbox"/>	Milieu de vie	<input type="checkbox"/>
Autogestion de l'anxiété	<input type="checkbox"/>	Atelier de création:	<input type="checkbox"/>
Atelier de croissance personnelle	<input type="checkbox"/>	Service individuel	<input type="checkbox"/>
Autre:	<input type="checkbox"/>	Service 12-18 ans	<input type="checkbox"/>

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 ENTRE
_____ ET 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.