

CENTRE WELLINGTON: Services de réadaptation psychosociale et de soutien communautaire

Formulaire de référence

NOTER: L'équipe d'accueil du Centre Wellington ne peut traiter les formulaires de référence incomplets. La source de la référence doit s'assurer que les renseignements sont tenus à jour.

RÉFÉRENCES COMMUNAUTAIRES: S.V.P., INCLURE UNE AUTORISATION RELATIVE À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.

Section 1: À REMPLIR PAR LE CLIENT(E)

Nom:	M ___ F ___	Date de la référence:
Prénom:	Âge:	Date de naissance:
Adresse:	Téléphone domicile:	
	Autre:	
	Cellulaire:	
Personne à contacter en cas d'urgence:	Téléphone:	
Médecin de famille:	Téléphone:	
Psychiatre:	Téléphone:	
N.A.S.:	Date d'admission (si hospitalisation)	
RAM Q #:	Date expiration:	Date du congé:

ÉTAT CIVIL:	PERSONNES À CHARGE:	LOGEMENT:	SCOLARITÉ:	PRODUCTIVITÉ:	FINANCES:	SOUTIEN FINANCIER:
___ Célibataire		___ Logement autonome	___ Primaire	___ Employé(e)	___ Indépendant(e)	___ Emploi
___ Marié(e)	___ Nombre:	___ Logement supervisé	___ Secondaire	___ Étudiant(e)	___ Curatelle	___ Sans revenu
___ Conjoint(e)	___ Époux (se)	___ Refuge	___ Éd. des Adultes	___ Bénévole	Public	___ Aide sociale
___ Séparé(e)	___ Enfant		___ Collège	___ Retraité(e)	___ Curatelle	___ Sécurité de
___ Divorcé(e)	___ Autre		___ Université	___ Programme de réadaptation	Privé	la vieillesse
___ Veuf(ve)			___ Autre	___ Sans emploi	___ Fiducie de l'hôpital	___ Pension d'invalidité

Nom de la mère:	Nom du père:	Lieu de naissance:
Langue Maternelle:	Date d'arrivée au Canada:	
Langue(s) Parlée(s):	Statut d'immigration:	
TRANSPORT: Autobus ___ Taxi ___ Auto. privé ___ Transport adapté dossier N°: _____		Téléphone:

Quel programme ou quelle(s) activité(s) vous intéresse?

S.V.P., spécifiez vos objectifs de rétablissement.

Comment espérez-vous que les services du Centre Wellington puissent vous aider à atteindre vos objectifs?

Autorisation relative à la communication de renseignements contenus dans les dossiers médicaux.

Il faut s'assurer que les personnes qui signent le présent formulaire sont autorisées à le faire en vertu des textes législatifs en vigueur. Au besoin, veuillez indiquer à quel titre (tuteur ou curateur) la personne est autorisée à signer.

Client ou personne autorisée

Date

Témoin à la signature au besoin

Date

Formulaire de référence du Centre Wellington

Section 2: À REMPLIR PAR LE REQUÉRANT(E)

Nom du client(e) référé(e) :

N° de dossier:

Nom du requérant(e):

Téléphone :

Source de la référence:

Téléphone:

Nom de l'intervenant(e) principal(e) :

Téléphone:

DIAGNOSTIC:

HISTORIQUE: Bref histoire des antécédents psychiatriques, y compris un sommaire d'hospitalisation récente, impact sur le fonctionnement social et cognitif, et antécédents de toxicomanie. **S'il vous plaît, joindre** le Plan d'Intervention Individuel (PII) et si pertinent, le régime de l'ordonnance de la Cour (TAQ).

MÉDICATION:

Décrivez les objectifs de traitement qui incitent à diriger la personne vers le Centre Wellington.

Précisez les déclencheurs et les signes d'instabilité ou de détresse.

Histoire de violence: pour soi
Dans l'affirmative, veuillez préciser:

Histoire de violence: pour autrui
Dans l'affirmative, veuillez préciser:

LIMITES PHYSIQUES ET MÉDICALES:
Veuillez préciser l'impact sur la participation.

Signature de l'intervenant principal

Date