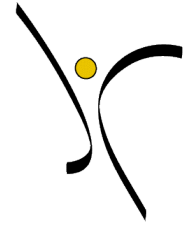


ÉQUIPE RÉGIONALE
D'INTERVENTION COMPLEXE DE LAVAL



Formulaire de référence

1. Identification du client

NOM	
NOM PÈRE : _____ NOM MÈRE : _____	
RAMQ ET DATE D'EXPIRATION :	
ADRESSE CODE POSTAL	TÉL.
DIAGNOSTIC(S)	
DEPUIS QUAND?	
MÉDICATION ACTUELLE	

2. Description du trouble de comportement

DÉCRIVEZ LES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES
QUELLES SONT LA FRÉQUENCE ET L'INTENSITÉ DES TROUBLES DE COMPORTEMENT?
À QUEL MOMENT LES TROUBLES DU COMPORTEMENT SONT-ILS APPARUS?
QUELLES ONT ÉTÉ LES CONSÉQUENCES POUR LA PERSONNE ET POUR SON ENTOURAGE? (Perte du milieu de vie, isolement social, hospitalisation)
LA PERSONNE A-T-ELLE EU DES DÉMÊLÉS AVEC LA JUSTICE EN LIEN AVEC LE TROUBLE DE COMPORTEMENT ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> SI OUI, DE QUEL ORDRE?

LA PERSONNE CONSOMME-T-ELLE DES DROGUES OU DE L'ALCOOL?
 NON OUI SI OUI, DE QUEL TYPE ET À QUELLE FRÉQUENCE?

3. Situation actuelle

MILIEU DE VIE ET DEPUIS QUAND?

QUELLES SONT LA FRÉQUENCE ET LES RAISONS DES DÉMÉNAGEMENTS?

QUEL EST LE NIVEAU D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE? (BESOIN D'ASSISTANCE DANS LE QUOTIDIEN)

LA PERSONNE A-T-ELLE RENCONTRÉ UN MÉDECIN OU UN PSYCHIATRE EN LIEN AVEC LE TROUBLE DE COMPORTEMENT?
 NON OUI SI OUI, QUEL A ÉTÉ LE DIAGNOSTIC?

LA PERSONNE A-T-ELLE ÉTÉ HOSPITALISÉE? NON OUI SI OUI, VEUILLEZ DÉTAILLER.

LA PERSONNE BÉNÉFICIE-T-ELLE D'UN RÉSEAU DE SOUTIEN ? NON OUI SI OUI, LEQUEL?

4. Identification du référent

NOM	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
TITRE D'EMPLOI	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR
ÉTABLISSEMENT	DATE DE LA DEMANDE

Hôpital juif de réadaptation
 3205, Place Alton Goldbloom Chomedey, Laval Qc H7V 1R2
 Téléphone: 450- 688-9550 ♦ Télécopieur: 450- 688-7229