

CISSS de Chaudière-Appalaches

Programme Dépendance - Services spécialisés

Demande de service

No de dossier SIC-SRD (si connu)

1. Identification et coordonnées de la personne

Nom, prénom	Genre	Date de naissance	Âge
	Homme	- -	
	Femme	année mois jour	
Adresse (No. civique, rue, app. ville)	NAM		Exp.
	-	-	/
Code postal	Nom du père	Nom de la mère	
Téléphone	Cell.	Pouvons-nous laisser un message:	
- -	Fixe	sur la boîte vocale?	à une autre personne?
	Autre	Oui	Oui
Courriel (si possibilité de communiquer par ce moyen)		Non	Non
		Si oui, à qui?	
		Disponibilités:	
		Jour	
		Soir	
		En tout temps	
		spécifiez si besoin	

2. Nature de la demande de service et informations pertinentes complémentaires

Clientèle	Problématique	Évaluation(s) complétée(s)?
Jeunes (12 - 17 ans)	Alcool, cannabis et autres	DÉP-ADO
Adultes (18 ans et +)	substances psychoactives	DÉBA-Alcool
Entourage, spécifiez le lien et l'âge de la personne ayant une dépendance:	Utilisation des écrans / Internet	DÉBA-Drogues
	Jeux de hasard et d'argent	DÉBA-Jeu
ans	Sevrage	DÉBA-Internet
Cocher si la personne ayant une dépendance est en suivi actif	Trouble d'usage des opioïdes	

Informations cliniques complémentaires:

3. Critères de priorisation de l'utilisateur

Femme enceinte (incluant conjoint-e)	Dangerosité de passage à l'acte	orange
Parent d'enfants 0 - 12 ans	suicidaire élevé à la suite de	rouge
Référence prioritaire du DPJ	l'estimation du risque suicidaire	
Condition psychologique très préoccupante, si oui, précisez:		

4. La demande de service au Programme Dépendance est transmise par:

Établissement ou organisme du réfèrent:	Programme, établissement ou organisme	Date de la demande de service adressée au Programme Dépendance:
CISSCA	Milieu scolaire	- -
811	Personne elle-même	année mois jour
DP Jeunesse	Autre	
C.H.	Nom du réfèrent	
DPSMD		
Autres services		Signature du réfèrent
Téléphone du réfèrent	Poste	Courriel du réfèrent
- -		

Traitement de la demande par le Programme Dépendance (Réservé au Programme Dépendance)

Intervenant dépendance qui a traité la demande	Note complémentaire par le professionnel	Type de demande
		Autre demande
		Demande de service normalisée
		Demande d'information

S.V.P. Envoyer la demande de service au Programme dépendance accompagnée de l'évaluation, de préférence par courriel: teleform.dependance.ciissca@ssss.gouv.qc.ca ou si nécessaire par télécopieur au: 418-830-0517