

SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ MENTALE ET DE DÉPENDANCES

Hôpital communautaire de Cornwall

Pour les Comtés unis de Stormont, Dundas et Glengarry et Akwesasne

Le présent formulaire sert aux orientations non urgentes. Si vous avez besoin de soins urgents de santé mentale, communiquez avec le Centre de détresse au 1-866-996-0991. Si vous avez des symptômes actifs de sevrage, veuillez communiquer avec les Services communautaires de gestion du sevrage (Cornwall) au 613-938-8506.

Langue préférée

Anglais Français

Un interprète est-il nécessaire? Dans quelle langue?

1. Renseignements sur le client

Nom de famille Prénom Nom préféré Date de naissance (jj/mm/aa)

N° de carte Santé et code de version/N° de bande autochtone Sexe État matrimonial Ethnicité

Adresse Ville Province Code postal

N° de tél. : domicile _____ Autorisation de laisser un message : Oui Non

N° de tél. : travail _____ Autorisation de laisser un message : Oui Non

N° de cellulaire : _____ Autorisation de laisser un message : Oui Non

Autre personne-ressource (relation) No de tél. d'une autre personne-ressource

2. Raison de l'orientation – Problèmes et symptômes manifestes

Traitement obligatoire? Oui Non Par qui :

Diagnostic psychiatrique? Oui Non Inconnu

Services de santé mentale, actuels ou précédents

3. Médicaments

Joindre une liste des médicaments actuels ou indiquer le nom de la pharmacie.

4. Orientation du client

Le client sait-il qu'il a fait l'objet d'une orientation?

Oui Non

Sinon, veuillez indiquer pourquoi.

5. Source de l'orientation

Nom :

Adresse :

N° de tél. : No de téléc :

Signature _____ Date _____

6. Médecin de famille/infirmière praticienne :

Nom :

Adresse :

N° de tél. :

FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE D'ORIENTATION REMPLI À L'ADRESSE SUIVANTE :

850, avenue McConnell, Cornwall (Ontario) K6H 4M3

Tél. : 613-361-6363 Fax : 613-361-6364