



MCQ00229

Identification de l'utilisateur

Dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____

D.D.N. : _____ - _____ - _____

AAAA

MM

JJ

DEMANDE DE CONSULTATION AU CENTRE D'EXPERTISE ET DE FORMATION SUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT (CEF-TC)

1. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Soutien clinique Soutien organisationnel

État civil : _____ Scolarité : _____ Sexe : F M

Situation socioprofessionnelle : _____

Milieu de vie: _____

Adresse : _____

Représentant légal s'il y a lieu (précisez) : Tutelle Curatelle Privée Publique

Nom et coordonnées : _____

2. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Intervenant demandeur

Nom	Titre ou fonction	Téléphone	Courriel

Équipe présentant la demande

Équipe	Programme-service	Gestionnaire

Répondant multiproblématique

Nom	Coordonnées

Professionnels et/ou partenaires au dossier

Nom	Titre ou fonction	Téléphone	Courriel

Médecin de famille ou traitant :

Nom	Coordonnées



MCQ00229

Dossier de l'utilisateur : _____

Nom, Prénom : _____

**En complément aux questions qui suivent, joindre les documents pertinents, s'il y a lieu.*

3. Description sommaire de la situation problématique ayant mené, à ce moment-ci, à la présente demande :

4. Quelles sont les étapes franchies jusqu'à maintenant (cliniques et organisationnelles)?



MCQ00229

Identification de l'utilisateur

Dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____

D.D.N. : _____ - _____ - _____

AAAA

MM

JJ

**DEMANDE DE CONSULTATION AU CENTRE
D'EXPERTISE ET DE FORMATION SUR LES
TROUBLES DU COMPORTEMENT (CEF-TC)**

5. Quelles sont les étapes à venir (prévues et/ou à élaborer) ?

6. Y a-t-il des investigations, antérieures et à venir, en lien avec la problématique actuelle?



MCQ00229

Dossier de l'utilisateur : _____

Nom, Prénom : _____

7. Quelles sont vos attentes/demandes envers l'équipe du CEF-TC?

8. Description de la situation familiale/réseau social :



MCQ00229

Identification de l'utilisateur

Dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____

D.D.N. : _____ - _____ - _____

AAAA

MM

JJ

9. Utilisation de services (ex : urgence, hospitalisation, centre de prévention suicide, 811, 911, etc.) :

10. Habitudes de consommation (drogues, alcool, jeux, médicaments) :

11. Judiciarisation (LSJPA, dossier criminel, évaluation médico-légale, ordonnance d'hébergement, ordonnance de traitement, incarcération, intervention policière) :



MCQ00229

Dossier de l'utilisateur : _____

Nom, Prénom : _____

12. Diagnostics :

13. Médication (joindre le profil pharmacologique) :



Identification de l'utilisateur

Dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____

D.D.N. : _____ - _____ - _____

AAAA

MM

JJ

**DEMANDE DE CONSULTATION AU CENTRE
D'EXPERTISE ET DE FORMATION SUR LES
TROUBLES DU COMPORTEMENT (CEF-TC)**

14. Quels sont les facteurs de protection identifiés ?

**15. Quelles perceptions avez-vous quant au niveau de risque présenté par la situation
problématique (utilisez l'échelle suivante) :**

	1 Inexistant	2 Faible	3 Moyen	4 Élevé	5 Très élevé
Usager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milieu de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occupationnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Signature des demandeurs : (imprimer le document rempli, signer, numériser et acheminer à
l'adresse courriel suivante : cef-tc.ciussmccq@ssss.gouv.qc.ca) :**

Signature de l'intervenant : _____ Fonction : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ

Signature du gestionnaire
du service: _____ Fonction : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ

Signature du répondant
multiproblématique: _____ Fonction : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ