



Nom du Client : _____

Date de Naissance : _____

Formulaire de renvoi au tribunal de la santé mentale des jeunes

Charges : _____ Date de comparution : _____ Source de référence : _____

Raison de la demande de référence :

Conseil de défensel : _____

Numéro de Téléphone

Adresse de Courriel

Date de la demande de référence : _____

Nous demandons : Client doit appeler le conseiller de TSMJ dans les 7 jours suivant la formulaire de renvoi, pour exprimer intérêt dans le programme : Michelle 613-808-0524

Pour noter : Client doit renoncer 11 (b) pour la durée du programme. Celui est obligatoire.

Information du client :

Numéro de téléphone du client : _____

Tuteur légal : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom du psychiatre (s'il y a lieu) : _____

Implication des professionnels de la santé mentale communautaire :

☐ Travailleur Social (CAS ou autre)

☐ Travailleur de l'ISSP

☐ Travailleur CST

☐ Autre : _____

Diagnostic de santé mentale :

☐ Troubles de l'humeur majeurs (dépression, trouble bipolaire)

☐ Troubles Anxieux

☐ Troubles du Développement

☐ La Schizophrénie

☐ Autres troubles psychotiques

☐ Troubles liés à l'usage de substances et induits par des substances

☐ TSPT

☐ Troubles comportementaux perturbateurs

☐ Autre : _____