



**YOUTH  
SERVICES  
JEUNESSE**

Nom du Client : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

## Formulaire de renvoi au tribunal de la santé mentale des jeunes

No. du cas: 2\_-Y  
i.e. 23-Y1109222

Prochaine  
comparution : \_\_\_\_\_

Source de  
référence: \_\_\_\_\_

**Raison de la demande de référence :** (sélectionnez et fournissez des détails)

Conseil de défense : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

Gardien légal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

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

Implication des professionnels de la santé mentale communautaire :

Travailleur Social (SAE 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 : \_\_\_\_\_

\*Vous pouvez également inclure un document séparée avec la liste des professionnels concernés.