****

**FORMULAIRE DE RENVOI AU TRIBUNAL DE LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES**

**Nom du Client:** **(en caractères d'imprimerie)**

**Date de Naissance: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 JJ/MM/** **ANNÉE**

Source de référence: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Charges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de comparution: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Raison de la demande de référence:

Conseil de défense: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordonnées de l'avocat: Click or tap here to enter text. Click or tap here to enter text.  
 Numéro de Téléphone Adresse de Courriel

**INFORMATION DU CLIENT:**

***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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tuteur légal: Click or tap here to enter text. 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de la demande de référence: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_