**[A blue background with white text

Description automatically generated](https://fr.smartsheet.com/try-it?trp=17954&utm_language=FR&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Mental+Health+Referral+Form-word-17954-fr&lpa=ic+Mental+Health+Referral+Form+word+17954+fr)**

**FORMULAIRE DE RECOMMANDATION DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RECOMMANDATION** | | | | | | | |
| **AGENCE** |  | | | **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** |  | | |
| **LIEU** |  | | | **ADRESSE  E-MAIL** |  | | |
| **FORMULAIRE REMPLI PAR** | |  | **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** |  | | **DATE** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ORGANISME RÉCEPTEUR** | | | |
| **AGENCE** |  | **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** |  |
| **LIEU** |  | **ADRESSE E-MAIL** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS SUR LE CLIENT** | | | |
| **NOM DE FAMILLE** |  | **PRÉNOM ET DEUXIÈME PRÉNOM** |  |
| **DATE DE NAISSANCE** |  | **GENRE** |  |
| **N° DE SÉCURITÉ SOCIALE** |  | **N° MEDICAID** |  |
| **INTERPRÈTE REQUIS ?** |  | **LANGUE REQUISE** |  |
| **NOM DU TUTEUR** |  | **RELATION DE TUTELLE** |  |
| **ADRESSE DU CLIENT** |  | **TÉLÉPHONE PORTABLE** |  |
|  | **TÉLÉPHONE FIXE** |  |
|  | **TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL** |  |
|  | **ADRESSE E-MAIL** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRÉSENTER DES PRÉOCCUPATIONS/COMMENTAIRES** Joignez des feuilles supplémentaires et/ou des documents à l’appui si nécessaire. | | | |
| **RAISON DE LA RECOMMANDATION** |  | | |
| **LE PATIENT EST-IL INFORMÉ DE LA RAISON DE LA RECOMMANDATION ? SI CE N’EST PAS LE CAS, VEUILLEZ EXPLIQUER POURQUOI.** | | |  |
| **SERVICE/SPÉCIALITÉ DEMANDÉS** | |  | |
| **AUTRES COMMENTAIRES** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS SUR LES ASSURANCES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTORISATION REQUISE ?** | | | | |  | | | **OUI** |  | **NON** | **NUMÉRO D’AUTHENTIFICATION** | |  | **NOMBRE DE VISITES** | |  | **EXPIRATION DE L’AUTORISATION DATE** | | |  |
|  | **PPO** |  | **HMO** |  | | | **AUTRE** | | **PLAN D’ASSURANCE** | | |  | | | | | | | | |
| **IDENTIFIANT D’ASSURANCE** | | |  | | | | | | **GROUPE MÉDICAL** | | |  | | | | **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** | |  | | |
| **NOM DU TITULAIRE DE L’ASSURANCE** | | | | | |  | | | | | | **RELATION AVEC LE PATIENT** | | |  | | | | **DATE DE NAISSANCE** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ORGANISME RÉCEPTEUR | DOCUMENTATION DE RÉCEPTION** | | | |
| **MÉTHODE DE LIVRAISON** |  | **DATE DE RÉCEPTION** |  |

|  |
| --- |
| **EXCLUSION DE RESPONSABILITÉ**  Tous les articles, modèles ou informations proposés par Smartsheet sur le site web sont fournis à titre de référence uniquement. Bien que nous nous efforcions de maintenir les informations à jour et exactes, nous ne faisons aucune déclaration, ni n’offrons aucune garantie, de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite, quant à l’exhaustivité, l’exactitude, la fiabilité, la pertinence ou la disponibilité du site web, ou des informations, articles, modèles ou graphiques liés, contenus sur le site. Toute la confiance que vous accordez à ces informations relève de votre propre responsabilité, à vos propres risques. |