

## Demande externe de services du Programme de counseling communautaire

ADULTE   ENFANT OU JEUNE   FAMILLE   COUPLE

**Nom et pronoms de préférence :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Genre identifié :** \_\_\_\_\_

**Origine ethnique :** Premières Nations   Inuit   Métis   Non-Autochtones   Non divulguée

**N° de tél. privilégié :** \_\_\_\_\_ **Peut-on laisser un message?** Oui   Non

**Autre n° de tél. :** \_\_\_\_\_ **Peut-on laisser un message?** Oui   Non

**Nom et n° de téléphone de la personne à joindre en cas d'urgence :** \_\_\_\_\_

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

**L'utilisateur des services a-t-il déjà accédé aux services du PCC?**      Oui      Non

**S'agit-il du même problème que précédemment?**      Oui      Non

Au cours des dernières semaines, l'utilisateur des services s'est-il senti triste, déprimé ou désespéré?      Oui      Non

Au cours des dernières semaines, l'utilisateur des services a-t-il pensé à se suicider?\*      Oui      Non

L'utilisateur des services a-t-il déjà tenté de se suicider?\* (Si oui, quand?)      Oui      Non

\* Au cours des 24 dernières heures      \* Au cours des six derniers mois      \* Il y a plus de six mois

Coordonnées du client, parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

Signature du client, parent ou tuteur consentant à la recommandation :

\_\_\_\_\_  
**Nom** (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

*Ces renseignements personnels sont recueillis par les Services communautaires de santé mentale et services aux adultes de l'ASTNO et seront utilisés pour obtenir le consentement au service. Les données recueillies sont protégées par les dispositions sur la vie privée de la Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels des TNO. Pour toute question sur la collecte ou l'utilisation de vos renseignements, veuillez composer le 867-767-9110.*



**AGENT RESPONSABLE DE LA RECOMMANDATION SEULEMENT**

Référence fournie par : \_\_\_\_\_

N° de tél. : \_\_\_\_\_

Lien avec le client (p. ex. enseignant, tuteur, etc.) : \_\_\_\_\_

**Divulgarion des renseignements pour partager les résultats de la recommandation, y compris l'information sur cette dernière**

Document rempli (voir pièce jointe) Non OU Consentement verbal obtenu le : \_\_\_\_\_

**Envoyer la recommandation à :**

[FSMHA@gov.nt.ca](mailto:FSMHA@gov.nt.ca)

**Raison de la recommandation :**

**Renseignements supplémentaires :**

**Date et heure :**



**Registre (\* Pour usage interne seulement – PCC)**

Nom de l'utilisateur des services :

Nom et poste du membre du personnel du PCC :

| <b>Date</b> | <b>Heure</b> | <b>Service</b><br>(tentative d'appel, p. ex.) |
|-------------|--------------|---|
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |
|             |              |   |