

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.) : _____

Divulgence 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 :

tina_abellera@gov.nt.ca

Raison de la recommandation :

Renseignements supplémentaires :

Date et heure :

