

FICHE DE LIAISON – DÉPENDANCES

ENVOYÉ À :

Nom : _____
Organisme ou établissement ou Centre
privé certifié : _____

RÉFÉRÉ PAR :

Nom : _____
Organisme ou établissement ou Centre
privé certifié : _____

CONCERNANT

Nom : _____
Adresse : _____

Prénom : _____
Date de naissance : _____
Téléphone : _____

PRODUITS

Alcool _____
Cannabis _____
Cocaïne _____
Opiacés _____
Médicaments _____
Autres _____

DURÉE

De la consommation : _____
De l'abstinence : _____
De la réduction : _____

PROBLÈMES CONNEXES

Problème de santé mentale connu ? Lequel ? _____

Médication ? Laquelle ? _____

Problème de justice ? Lequel ? _____

DÉMARCHES EN RÉADAPTATION

Traitement antérieur

Traitement actuel

LE CLIP

Tél. : 450 582-2983
Télééc. : 450 654-2592

LE RESEAU

Tél. : 450 759-4545
Télééc. : 450 759-8749

UNIATOX

Tél. : 450 968-0363
Télééc. : 450 968-3407

LE TREMPLIN, 3 points de service :

Joliette
Tél. : 450 755-6655
Télééc. : 450 755-6766

Repentigny
Tél. : 450 657-0071
Télééc. : 450 657-9960

Mascouche
Tél. : 450 966-9705
Télééc. : 450 966-9714

BILAN DES ACQUIS

ZONE DE FRAGILITÉ

OBJECTIFS (Réinsertion / prévention de la rechute / réadaptation)

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUPPLÉMENTAIRES

RÉFÉRENCE DU DOSSIER

J'autorise M. Mme _____ du _____

à divulguer des informations recueillies à mon dossier auprès de :

M. Mme _____ du _____

concernant ma démarche en _____.

_____ Date : _____

Client(e)

