



Référence vers un service de première ligne

(AAOR abrégé)

Destiné aux médecins et infirmières praticiennes spécialisées

IDENTIFICATION DE L'USAGER NO DOSSIER : _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____ SEXE : ☐ F ☐ M ☐ X

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ TÉLÉPHONE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____ ÂGE : _____

N.A.M. : _____ EXP (MM/AA) : _____ / _____

Si pas de N.A.M., préciser le statut : _____

1 - USAGER

Langue de communication : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre – Précisez : _____ Besoin d'interprète : ☐ Oui ☐ Non

Courriel : _____ Capacité à se déplacer : ☐ Oui ☐ Non

2 - MÉDECIN DE FAMILLE / IPS

Nom/Prénom : _____

Numéro de pratique : _____

Nom du GMF ou de la Clinique : _____

****Pour les usagers sans médecin de famille/IPS :**

Assigné collectivement : ☐ Non ☐ Oui

Nom du GMF ou de la Clinique d'assignation : _____

3 - CONTACT / PERSONNE-RESSOURCE

Nom/Prénom : _____ Lien avec l'utilisateur : _____ Téléphone : _____

Langue parlée : _____ ☐ Communiquer directement avec la personne ressource (accord de l'utilisateur requis)

4 - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / BESOINS EXPRIMÉS CONDUISANT À LA RÉFÉRENCE

Si risque suicidaire identifié, suivre la procédure interne ou contacter le 1-866-APPELLE ☐ Fait ☐ s.o.

Mesures de sécurité mise en place : ☐ Référé en centre de crise ☐ Informé des ressources 24/7 ☐ Proche mobilisé ☐ Autre : _____

Renseignement(s) clinique(s) / diagnostic(s) / besoin(s) exprimé(s) / délai ou date à considérer :

Référence en lien avec l'administration de médication : ☐ Non ☐ Oui (prescription obligatoire)

**** POUR ACCÉLÉRER LE TRAITEMENT ET L'ASSIGNATION DE LA DEMANDE, MERCI DE JOINDRE TOUTE NOTE, PRESCRIPTION ET/OU RAPPORT PERTINENT(S) ****

5 - FACTEURS DE RISQUE (R) ET DE PROTECTION (P). Incrire S.O si aucun lien avec la demande. Exemples au verso.

	R	P	S.O.		R	P	S.O.	Commentaires ou précisions :
Autonomie AVQ/AVD	☐	☐	☐	Enjeux de violence	☐	☐	☐	
Capacités cognitives	☐	☐	☐	Gestion des émotions et comportements	☐	☐	☐	
Conditions de vie	☐	☐	☐	Mobilité physique	☐	☐	☐	
Dépendance(s)	☐	☐	☐	Réseau et activité(s) sociale(s)	☐	☐	☐	

6 - CONSENTEMENT / INFORMATIONS À L'USAGER / RÉFÉRENT

L'utilisateur ☐ est informé de cette demande ☐ Consent à la transmission de la demande ☐ Accepte que la personne-ressource réponde en son nom

Nom/Prénom du référent : _____ No pratique : _____ Service : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____ et/ou Courriel : _____

Signature : _____ Date : _____ / _____ / _____

Acheminer à l'Accueil Intégré Santé-Social par télécopieur au 450-975-5928

Référence vers un service de première ligne

(AAOR abrégé)

Destiné aux médecins et infirmières praticiennes spécialisées

IDENTIFICATION DE L'USAGER NO DOSSIER : _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

 PRÉNOM : _____ SEXE : ☐ F ☐ M ☐ X

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ TÉLÉPHONE : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ ÂGE : ____

N.A.M. : _____ EXP (MM/AA) : ____ / ____

Si pas de N.A.M., précisez le statut : _____

Pour la description complète des offres de services de première ligne au CISSS de Laval, consultez les répertoires des services de première ligne disponibles sur lavalensanté.com.

[Version destinée aux professionnels et médecins
du réseau de la santé et des services sociaux
\(RSSS\)](#)



[Version destinée aux partenaires et
à la population](#)



Facteurs de risques et de protection	Exemples
Autonomie AVQ/AVD	Gestion de la médication, gestion des finances, préparation des repas, capacité à faire les courses, à utiliser les moyens de transport, à se laver, à s'alimenter, à aller aux toilettes, à faire ses transferts, etc. Seul, avec aide partielle ou avec aide totale.
Capacités cognitives	Déficience intellectuelle, trouble de la mémoire, capacités de jugement, TNCM, démence, mandat d'incapacité, tutelle, etc.
Conditions de vie	Précarité ou aisance financière, couverture par assurance, logement, scolarité, situation d'itinérance, précarité du statut d'immigration (réfugié, demandeur d'asile), sécurité du milieu, milieu adapté, etc.
Dépendance(s)	Drogues, alcool, jeu, internet, etc.
Gestion des émotions et comportements	Capacité d'autorégulation, capacité d'adaptation à la situation actuelle, insécurité, victimisation, trouble du comportement, agressivité, opposition, mobilisation, autogestion, impulsivité, etc.
Enjeux de violence	Maltraitance, négligence, violence (conjugale, physique, psychologique, financière, sexuelle, organisationnelle, etc.), victime d'agressement, violation des droits, etc.
Mobilité physique	Autonomie, risque de chute, alité, utilisation adéquate ou inadéquate d'une aide technique, etc.
Réseau et activité(s) sociale(s)	Présence ou absence de soutien (proche aidant, famille, amis ou intervenants du CISSS ou de partenaires), isolement social, engagement dans la collectivité, participation à des groupes ou des associations, pratique de loisirs, etc.