



Diagnostic et/ou dossier psychiatrique :

---

---

---

Raison de la référence:

---

---

---

Objectifs du client(e) :

---

---

---

Commentaires ou éléments significatifs relatifs au client(e) référé :

---

---

---

Autres ressources :

---

Psychiatre/Psychologue :

---

Médecin de famille : Dr.

---

Le client ou vous consentez à une rencontre avec un travailleur communautaire: Oui  Non

J'autorise Perspective Communautaire en Santé Mentale à partager des informations personnelles, pour une période de 90 jours, avec mes intervenants .

Signature du client(e):

---

Date:

\_\_\_\_\_  
Jour

\_\_\_\_\_  
Mois

\_\_\_\_\_  
Année