



DEMANDE DE SOINS ET SERVICES AU CISSS DE L'OUTAOUAIS


Cette demande de soins et services s'adresse aux partenaires externes ainsi qu'aux professionnels et médecins du CISSS de l'Outaouais souhaitant effectuer une demande de soins et services pour un usager dans l'une des directions-programmes du CISSS de l'Outaouais.

MARCHE À SUIVRE

1. La version électronique de cette demande de soins et services nécessite que votre système informatique soit muni du programme Internet Explorer 11 ou Google Chrome.
2. Pour un couple ou une famille, remplir une demande de soins et services par personne en précisant dans la description de la demande qu'une demande est également formulée pour son/sa conjoint/e ou famille en précisant le nom de cette personne.
3. (*) : Section obligatoire à remplir.
: Informations importantes à lire pour compléter la section.
4. Il est possible de retourner à la question précédente en utilisant le bouton «Précédent».
5. La demande de soins et services doit être adressée qu'à un seul guichet d'accès.
Si l'utilisateur nécessite des services de plus d'une direction, choisir le guichet d'accès correspondant le mieux à la demande actuelle.
Si vous ne pouvez d'identifier la direction-programmes, veuillez choisir la case *Info-Social/811* du CISSS de l'Outaouais.

Info-Social/811
Guichet d'accès de la Direction des programmes jeunesse
Guichet d'accès de la Direction des programmes santé mentale et dépendance
Direction de la déficience et de la réadaptation
Guichet d'accès de la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées




SECTION A: INFORMATION SUR L'USAGER***No d'assurance maladie :** ABCD12345678***Date d'expiration:** 2020/12**Précisez:** ***Sexe:** masculin***Langue d'usage:** autre ***Adresse permanente :** TEST**Ville :** TEST**Code postale :** A1A 2B2



Sans domicile fixe

Parent 1 Nom : TEST


Prénom : TEST

Parent 2 Nom : TESTPrénom : TEST ***L'enfant fréquente un milieu scolaire :** oui**Précisez :** TEST***Allergies :** oui**Précisez:** TEST**Veillez indiquer comment l'usager souhaite être contacté :**

Type de téléphone	Numéro	Message Vocal	Commentaire
Principal	(123) 456-7891	non	No confidentiel
Travail	(234) 567-8912	oui	
Cellulaire	(456) 789-1234	oui	


SECTION B: MOTIFS DE LA DEMANDE***Besoins et attentes tels que formulés par l'usager** 

TEST

***Élément(s) déclencheur(s) à la demande actuelle** 

TEST

***Problématiques, difficultés, que vit présentement l'utilisateur dans son quotidien :**

TEST



***Facteurs de risques pouvant aggraver la situation actuelle de l'utilisateur :**

TEST



***Diagnostic (s) en lien avec la demande (trouble, déficience, maladie) : diagnostic(s) connu(s)**

TEST



***Avis, recommandations par le demandeur :**

TEST



SECTION C: DANGÉROSITÉ CONCERNANT L'USAGER

L'utilisateur a des pensées suicidaires : oui - Ses pensées suicidaires sont occasionnelles /fréquentes

TEST



Présence actuelle d'idées homicidaires ou de violence : non

**SECTION D: SERVICES ACTUELS**

***L'utilisateur a-t-il un médecin de famille :** oui

Nom, prénom du médecin : TEST



***L'utilisateur est-il inscrit dans un GMF :** oui

Nom du GMF ou Autre : TEST



***L'utilisateur reçoit-il des services au CISSS de l'Outaouais :** oui

TEST



***Est-ce que des évaluations/interventions sont présentement en cours pour faire face à la situation?** oui

TEST



***L'utilisateur reçoit-il d'autres services (communautaires, publics, privés, autre province ou région) :** oui

TEST



SECTION E: CONSENTEMENT DE L'USAGER RÉFÉRÉ

***Usager de moins de 14 ans :**

Pour le mineur de moins de 14 ans, le titulaire de l'autorité parentale (ou le tuteur) consent de façon libre et éclairée au partage d'informations et de documents pertinents à la présente demande.

Nom et prénom du tuteur, le cas échéant : TEST

***Usager de 14 ans et plus :**

L'utilisateur de 14 ans et plus (ou son représentant légal) consent de façon libre et éclairée au partage d'informations et de documents pertinents à la présente demande.

Mineur de 14-17 ans :

L'utilisateur de 14-17 ans donne son autorisation à ce que ses parents ou l'un de ses parents ou une autre personne soient contactés : mère

Nom, prénom : TEST

Téléphone : (789) 123-4567



SECTION F: INFORMATION SUR LE DEMANDEUR

Nom : Ouellette

Prénom : Chantale

Titre d'emploi : Conseillère cadre

Lieu de pratique :

CISSS de l'Outaouais

DSMC

-

Adresse postale : 92 St-Raymond Gatineau

Adresse courriel : chantale.ouellette@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone travail : (819) 665-8206 (poste)

Date de la demande : 2020-02-10



INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE



- L'utilisateur sera contacté pour traiter la demande de soins et de services;
- Dans le cas où les documents essentiels à la demande de soins et de services seraient manquants, le traitement de celle-ci pourrait être retardé;
- Dans l'éventualité où l'utilisateur ne peut être rejoint après 3 tentatives, le demandeur en sera informé et une nouvelle demande devra être adressée, le cas échéant.

DÉMARCHE À SUIVRE CONCERNANT LA TRANSMISSION DE LA DEMANDE ET LES DOCUMENTS À JOINDRE

OPTION 1 : Avec documents à joindre (rapport, analyse, résumé de dossier...)

- **Avant de cliquer** sur le lien correspondant au guichet de votre choix, enregistrer votre demande et veuillez l'acheminer via courriel en y joignant les documents;
- Des documents complémentaires sont attachés à la demande actuelle :
oui non

OPTION 2 : Sans documents à joindre

- Un envoi automatique au guichet d'accès choisi est assuré une fois la demande de soins et services remplie;
- Vous recevrez un accusé de réception suite à la transmission de la demande de soins et de services;
- Des documents complémentaires (rapport, analyse, résumé de dossier..) ne sont pas attachés à cette demande mais vous seront acheminés sous peu
oui non
- Je souhaite recevoir une copie de la demande :
oui non

Cliquez sur le lien correspondant au guichet d'accès (Rappel : seul le présent formulaire sera transmis)

- Info-Social/811 (07_cisso_accueil_integre@ssss.gouv.qc.ca)
- Guichet d'accès de la Direction des programmes jeunesse (07_cisso_ga_jeunesse@ssss.gouv.qc.ca)
- Guichet d'accès de la Direction des programmes santé mentale et dépendance (07_cisso_ga_smd_regional@ssss.gouv.qc.ca)
- Direction de la déficience et de la réadaptation (cisso_ga_didptsa@ssss.gouv.qc.ca)
- Guichet d'accès de la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (07_csssg_ga_sad-sge@ssss.gouv.qc.ca)