



## FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE/ REFERRAL FORM

### ATTENTION

***Nous n'offrons pas de services pour:***

1. les moins de 16 ans;
2. des problèmes en géranto-psychiatrie (i.e. démence);
3. le traitement primaire d'un trouble des conduites alimentaires ;
4. des évaluations psycho-médico-légales ou pour la cour ;
5. le traitement de thérapie de couple ou familiale.

***We do not offer services for:***

1. people under 16 years of age;
2. geriatric psychiatry-related problems (i.e. dementia);
3. primarily treatment of eating disorders;
4. court or forensic assessments;
5. couple or family therapy.

*Si la demande est urgente, S.V.P. téléphoner la Ligne de crise: 1-866-996-0991*

*If the request is urgent, please call the Crisis Line number: 1-866-996-0991*

1. a) Nom / Name : \_\_\_\_\_

b) Nom de fille / Maiden name : \_\_\_\_\_

2. Carte Santé / Health Card & VC (version code) : \_\_\_\_\_

3. DDN (j-m-a) / DOB (d-m-y) : \_\_\_\_\_

4. Adresse complète / Complete Address : \_\_\_\_\_

5. N° de téléphone / Phone #:    Maison / Home : \_\_\_\_\_ Message?    Oui/Yes     Non/No

Travail / Work : \_\_\_\_\_ Message?    Oui/Yes     Non/No

Cell / Mobile : \_\_\_\_\_ Message?    Oui/Yes     Non/No

6. Problèmes et symptômes présentés / Presenting problems and symptoms :

Quelle est votre inquiétude ou questionnement en ce qui concerne ce - cette client-e? / What is your specific concern or questions regarding this client?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Est-ce que la personne est suicidaire ou psychotique? / Is the person suicidal or psychotic?

suicidaire / suicidal                      Oui/Yes     Non/No

psychotique / psychotic                      Oui/Yes     Non/No

8. Médication actuelle / Current medication :

*Nom / Name                      Dosage et fréquence / Dose and frequency                      Date du début / Date started*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9 . Attentes du - de la professionnel-le / Expectations of the referring professional :

---

---

---

10. Cochez les services demandés au CRCC / Check mark the services requested at the CRCC :

a) **Psychothérapie / Psychotherapy:**

- individuelle brève (moyenne de 12-15 sessions) / brief individual (average of 12-15 sessions)
- pour femmes victimes-survivantes d'agressions à caractère sexuel / for women victims-survivors of sexual assault
- de groupe / group

b) **Services psychiatriques / Psychiatric services:**

Doit être référé par un médecin. / Must be referred by a doctor.

- consultation psychiatrique avec possibilité de suivi (moyenne de 12-15 sessions) /  
Psychiatric consultation with possibility of follow-up (average of 12-15 sessions)

***OU/OR***

- consultation psychiatrique seulement (maximum de 4 sessions) / psychiatric consultation only (maximum of 4 sessions):
  - diagnostic / diagnosis
  - suggestions pharmacologiques / pharmacological suggestions
  - formulaires d'assurances / insurance forms

**PROFESSIONNEL-LE QUI RÉFÈRE / REFERRING PROFESSIONAL:**

11. Nom (svp imprimer) / Name (please print) : \_\_\_\_\_  
Profession / profession : \_\_\_\_\_  
N° facturation / Billing # : \_\_\_\_\_  
Organisme / Organization : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone / Telephone # : \_\_\_\_\_  
N° de fax / Fax # : \_\_\_\_\_  
Adresse complète / Complete Address : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SIGNATURE**

**DATE**

444, rue McGill Street, suite 101 • Hawkesbury ON K6A 1R2 • T: 613 632-0139 • F: 613 632-4791

[www.hgh.ca](http://www.hgh.ca)

