



## Équipe de santé familiale

### DEMANDE DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Date : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Site où vous voyez votre médecin de famille/infirmière praticienne :  Orléans  Overbrook

**Veillez préciser la principale raison qui vous amène à consulter :**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Quels sont vos objectifs? Qu'avez-vous besoin d'aide à changer?**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Que faites-vous actuellement pour faire face à votre situation?**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Bénéficiez-vous de soutien de vos proches?**

Oui  Non

**Avez-vous déjà reçu des services de santé mentale? (Cochez toutes les réponses applicables.)**

Non  Oui :  Ici  Ailleurs

**Votre disponibilité pour un appel téléphonique :**  Matin  Après-midi  Soir

**Meilleur numéro de téléphone pour vous joindre :**

**Permission de vous laisser un message téléphonique :**  Oui  Non

VOS RENSEIGNEMENTS SONT CONSIDÉRÉS CONFIDENTIELS.

Pour personnel de l'équipe :

\_\_\_\_\_  
Date formulaire reçu :

\_\_\_\_\_  
Initiales :