

VEUILLEZ IMPRIMER

Nom du membre potentiel :

Diagnostic psychiatrique d'axe I : _____

Deuxième diagnostic : _____

Médicaments : _____

Programmes de traitement actuels / antérieurs : _____

Antécédents de toxicomanie : _____

Antécédents psychiatriques (et hospitalisations) : _____

Formation professionnelle et éducation : _____

Situation de vie actuelle : _____

Restrictions médicales : _____

L'individu représente-t-il un risque pour les autres ? (expliquez) : _____

La personne a-t-elle déjà été en prison ou en probation, et pourquoi ? _____

Gestionnaire DSM : _____ Tél : _____

Médecin : _____ Tél : _____

Psychiatre : _____ Tél : _____

Thérapeute : _____ Tél : _____



Signature de la source de référence

Genesis Club, Inc.

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

PAGE 2 SUR 2



GENESIS CLUB, Inc.

274 Lincoln Street

Worcester, MA., 01605-2106

Tél : (508) 831-0100

Fax : (508) 425-3985

E-mail : training@genesisclub.org

Formule de référence **VEUILLEZ IMPRIMER**

(À remplir et à signer par le professionnel qui a accès au dossier psychiatrique de la personne.)

Données du nouveau membre

Nom : _____
Adresse : _____

Tél : _____
E-mail : _____
Naissance : _____ / _____ / _____

Source de référence

Nom : _____
Agence : _____
Adresse : _____

Téléphone : _____
Date : _____ / _____ / _____

DOMAINES DE SOUTIEN :

LOGEMENT
ÉDUCATION
BIEN-ÊTRE

EMPLOI
SOCIAL

REMARQUE : Veuillez demander au membre potentiel d'appeler le Genesis Club pour une visite. Une fois la visite terminée, la personne recommandée peut s'inscrire à l'orientation des nouveaux membres. Si le membre potentiel ne communique pas avec le Genesis Club, ce formulaire de recommandation sera conservé dans un « dossier inactif » pendant six mois ; si la personne manifeste son intérêt à une date ultérieure, le processus d'orientation pourra être relancé.

Base de données
entrée le _____ (pour l'utilisation de
Genesis)
_____ / _____ / _____

Veuillez compléter l'autre face.