



Formulaire de référence du CHUM - Service de médecine des toxicomanies

Pour les patientes et patients autochtones

Évaluation complétée par (nom/titre) *(si applicable)* :

Nom et coordonnées de l'organisme/centre de santé référant:

Coordonnées de l'intervenant(e) *(si applicable)* :

Communauté *(si applicable)* :

Identification du patient / Données d'ouverture de dossier:

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Sexe (inscrit sur carte RAMQ) :

Identité de genre:

Nom du père :

Nom de la mère :

Adresse civique :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Bande *(si applicable)* :

RAMQ (#/ date d'exp.) :

Pharmacie communautaire habituelle :

Médecin de famille:

Contact en cas d'urgence :

Raison de la demande de consultation :

Consommation/drogue de choix : Opioides Autre(s) substance(s) Précisez :

Autres commentaires : préoccupations du patient, dépistage VHC et VIH, vaccination, autres conditions de santé qui doivent être communiquées avec l'équipe du CHUM :

S.V.P. retourner par fax : 514-412-7401 **ou** **par courriel :** smt.autochtone.chum@ssss.gouv.qc.ca