

INSCRIPTION

MISE À JOUR

DATE : \_\_\_\_\_

**COORDONNÉES DU CLIENT**

**SUIVI INTENSIF**

NOM :	<input type="text"/>	PRÉNOM :	<input type="text"/>		
TÉL. :	<input type="text"/>	D.D.N.(A/M/J) :	<input type="text"/>	ÂGE :	<input type="text"/>
ADRESSE :	<input type="text"/>	CODE POSTAL :	<input type="text"/>		
NOM DU (DE LA) CONJOINT(E) :	<input type="text"/>				
PERSONNE SIGNIFICATIVE :	<input type="text"/>	TÉL. :	<input type="text"/>		
MÉDECIN TRAITANT :	<input type="text"/>	TÉL. :	<input type="text"/>		
INTERVENANT(E) RESPONSABLE :	<input type="text"/>				

**ÉLÉMENTS DE CONTEXTE**

DIAGNOSTIC/PROBLÈME :	<input type="text"/>
MÉDICATION :	<input type="text"/>
DROGUE/ALCOOL :	<input type="text"/>
PRÉSENCE D'UN RÉSEAU :	<input type="text"/>
POTENTIEL DE VIOLENCE :	<input type="text"/>
POTENTIEL SUICIDAIRE :	<input type="text"/>
AUTRES :	<input type="text"/>

**PROBLÉMATIQUE ET ENTENTE AVEC LE CLIENT :**

--

**RECOMMANDATION POUR LES INTERVENTIONS CLINIQUES :**

--

SIGNATURE DE  
L'INTERVENANT(E) :

DATE :